

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS:**

**“FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES CON AMENAZA DE  
ABORTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II –  
TARAPOTO EsSALUD PERIODO ENERO – AGOSTO 2012.”**

**Para optar el Título Profesional de:**

**OBSTETRA**

**AUTORES:**

**Bach. en Obstetricia. SELENE LIBERTAD SAAVEDRA CASTRE.**

**Bach. en Obstetricia. LIZ LIZENIT VILLACORTA VEGAS.**

**ASESORA:**

**Obsta. Dra. EVANGELINA AMPUERO FERNÁNDEZ.**

**TARAPOTO – PERÚ**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS:**

**“FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES CON AMENAZA DE  
ABORTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II –  
TARAPOTO EsSALUD PERIODO ENERO – AGOSTO 2012.”**

**JURADO CALIFICADOR:**

Obsta. Dra. Rosa Ríos López  
**PRESIDENTE**

Obsta. Mg. Marina Huamantumba Palomino  
**MIEMBRO**

Lic. Nut. María Elena Farro Roque  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios:***

Por darme la vida y brindarme salud para que día a día pueda tener las fuerzas necesarias para culminar satisfactoriamente mis objetivos trazados.

### ***A mis Padres:***

León y Teresa; que dan su vida a cada momento, sacrificándose sin límite por sus hijos sin escatimar jamás esfuerzo alguno y, por sus manos firmes para construir las bases que sustentan ahora mi existencia. Pero sobre todo, porque viven conmigo intensamente etapa a etapa; y finalmente porque gozan conmigo como un solo ser, éste tan anhelado momento.

### ***A mi Hermano:***

Steve; por ser mi fuente de inspiración y mi más grande alegría; por enseñarme cada minuto a amar, valorar y disfrutar con entusiasmo cada momento en familia.

**SELENE**

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios:***

Por guiarme en el buen camino y permitirme terminar con este proyecto dándome fuerzas para no desvanecer en el camino.

### ***A mis Padres:***

Saúl y Elisabeth; quienes con su apoyo y comprensión siempre estuvieron a largo de estos años de estudio, y nunca me abandonaron en los momentos más difíciles de mi vida.

### ***A mis hermanas:***

Juanita y Karen; por ser mis más fieles amigas y compartir conmigo mis alegrías y tristezas.

**LIZ**

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de investigación, es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas, leyendo, opinando, corrigiendo, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad. Deseamos expresar nuestra sincera gratitud y testimonio de

Reconocimiento:

A nuestros padres, por el apoyo económico y moral brindado durante nuestra formación profesional, y en la elaboración de este trabajo de investigación.

A nuestra asesora de tesis, Obsta. Dra. Evangelina Ampuero Fernández, por el apoyo y la dedicación brindada durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Director del Hospital II – Tarapoto EsSalud por darnos las facilidades para desarrollar el estudio en la mencionada institución.

A todo el personal profesional que labora en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud, por su colaboración en la ejecución del presente estudio de investigación.

***LAS AUTORAS***

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>PAG.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	i
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>ÍNDICE</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
 <b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>	 1
1.1. CARACTERIZACIÓN O MARCO CONCEPTUAL	1
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA	3
1.3. OBJETIVOS	3
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
 <b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	 7
2.1. ANTECEDENTES	7
2.2. BASE TEÓRICA	10
2.2.1. FACTORES DE RIESGO	10
FACTORES MEDICOS	11
FACTORES GINECO – OBSTETRICOS	19
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS	21
2.2.2. AMENAZA DE ABORTO	22
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	25
 <b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</b>	 27
3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	27
3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	27
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	28

<b>CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>29</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO	29
4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	29
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
4.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	34
<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>66</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Nº GRAFICO</b>	<b>TITULO</b>	<b>PÁG.</b>
01	Factor Médico de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.	41
02	Factor Gineco - obstétrico de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.	43
03	Factor Epidemiológico de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.	46
04	Características del Embarazo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	47
05	Características Clínicas de la Amenaza de Aborto en gestantes del Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.	48
06	Factores de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.	49

## ÍNDICE DE GRAFICOS

<b>Nº GRAFICO</b>	<b>TITULO</b>	<b>PÁG.</b>
01	Frecuencia de Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	35
02	Frecuencia de Edad en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	36
03	Frecuencia de Estado Civil en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	37
04	Frecuencia de Grado de Instrucción en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	38
05	Frecuencia de Ocupación en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del	39



	Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	
06	Frecuencia de Zona de Residencia en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012	40

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo identificar los factores de riesgo en gestantes con amenaza de aborto en el Servicio de Obstétrica del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012. El tipo de estudio fue cuantitativo, analítico, retrospectivo de corte transversal; con un diseño de investigación de Casos y Controles. Con una población de 1746 pacientes, de las cuales 210 formaron parte de los casos, es decir aquellas gestantes con amenaza de aborto; y 1536 conformaron de los controles, aquellas que no presentaron esta complicación.

Durante el estudio se trabajó con el instrumento ficha de recojo de información para recopilar los datos. Los resultados predominantes tanto en casos como en controles fueron: edad comprendida entre 20 y 35 años, estado civil conviviente, grado de instrucción superior no universitario, ocupación ama de casa y zona de residencia urbana.

En cuanto a la asociación de causalidad se determinó que el principal factor de riesgo para amenaza de aborto fue la infección de las vías urinarias (OR=17,497; IC=12,573 – 24,350). Además se identificaron otros factores: traumatismo físico (OR=3,263; IC=2,050 – 8,602); periodo intergenésico menor de 1 año (OR=3,066; IC=1,931 – 12,742); periodo intergenésico entre 1 y 2 años (OR=2,865; IC=1,028 – 9,571); antecedente de 3 abortos (OR=2,286; IC=1,001 – 9,332); y antecedente de más de 3 abortos (OR=2,495; IC=1,361 – 9,674). Estos resultados fueron estadísticamente significativos ( $p<0,05$ ).

Llegamos a la conclusión que la infección de las vías urinarias es una factor de riesgo para amenaza de aborto, con lo que confirmamos la hipótesis de estudio. Recomendamos a todo el personal que forma parte de la atención integral de la gestante, poner mayor atención en la identificación de factores de riesgo que podrían conllevar a que se presenten complicaciones, afectando el desarrollo del embarazo y poniendo en peligro la continuidad del mismo.

## **ABSTRACT**

The present work of research had for objective to determine the risk factors in pregnant with threat of abortion in Obstetrics' Service of the Hospital II - Tarapoto EsSalud period January - August 2012. The kind of study was quantitative, analytical, and retrospective of transverse cut; with a design of Cases and Controls research. With 1746 patients' population, of which 210 they were a part of cases, that is those pregnant with threat of abortion; and 1536 they were conformed of the controls, those that didn't present this complication.

During the study it was worked up with compile data. The prevailing results so in controls like in cases were: Age was understood among 20 and 35 years, get - together marital status, grade of superior instruction no university, housewife occupation and urban- residence zone.

About the causality association it determined that the principal risk factor to threat of abortion was urinary infection (OR=17,497; IC=2,573 – 24,350). Besides we identified other factors: Physical traumatism (OR=3,263; IC=2,050 – 8,602); inter-pregnant period younger one year (OR=3.066; IC=1,931 – 12,742); inter- pregnant period among one and two years (OR=2,865; IC=1,028 – 9,571); antecedents of three abortions (OR=2,286; IC=1,001- 9,332); and antecedents of more three abortions (OR=2,495; IC=1,361 – 9,674). These results were statistically significant ( $p < 0,05$ ).

We come to the conclusion that urinary infection is one risk factor in order to threat of abortion, with it we confirm the study hypothesis. We recommend to all personal that form part of the integral attention of the pregnant, put major attention in the identification of risk factors that it could take to that they encounter complications, affecting the development of the pregnant and putting in danger the continuity themselves.

**“FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO EN EL  
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II –TARAPOTO ESSALUD  
PERIODO ENERO – AGOSTO 2012.”**

## **CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1. CARACTERIZACIÓN O MARCO CONCEPTUAL.**

El embarazo es un momento especial y maravilloso, tanto para la mujer como para su pareja. El hecho de planificar tener un bebé y observar su desarrollo fetal es una experiencia emocionante y realmente gratificante. No obstante, un embarazo también puede llegar a transformarse en un momento plagado de ansiedad. En particular, algunas mujeres embarazadas se preocupan ante la posibilidad de sufrir un aborto espontáneo. (1)

La amenaza de aborto forma parte de las categorías del aborto espontáneo, es su primera manifestación clínica, y se presenta durante las primeras 20 semanas del embarazo. Se caracteriza por la presencia dolor lumbar o abdominal que puede ser sordo o agudo, constante o intermitente, con o sin sangrado vaginal; con lo que origina riesgo de perder la gestación. (2)

Las gestantes con amenaza de aborto que presentan sangrado vaginal tienen mayor riesgo de perder la gestación, más aun cuando el sangrado es profuso y no disminuye al pasar los días, se calcula que la mitad terminará en aborto. En cambio, en aquellas que se manifiesta solamente dolor, tienen mayor probabilidad de que el embarazo continúe. (3)

En las gestantes que continúa el embarazo, el origen de la amenaza de aborto es diverso; para la mayoría de las mujeres, los factores causantes de amenaza de aborto nunca pueden llegar a ser fehacientemente determinados. No obstante,

existen una gran variedad de factores que podrían estar contribuyendo para que esto sucediera, presentándose por alteraciones médicas, gineco – obstétricas, y se incluyen además características epidemiológicas. (4)

Los principales factores médicos relacionados a la amenaza de aborto pueden estar presentes antes o manifestarse por primera vez durante el embarazo, dentro de este grupo de patologías se mencionan a las infecciones, predominantemente las de las vías urinarias; alteraciones nutricionales, alteraciones endocrinas, incompatibilidad Rh, traumatismos físicos y la exposición a agentes tóxicos. (4)

Los factores de riesgo gineco – obstétricos, están en relación a las particularidades en la vida reproductiva de la mujer, así tenemos a las infecciones y malformaciones del aparato reproductor, a las manipulaciones uterinas previas y al periodo intergenésico corto. (4)

Las características epidemiológicas tienen también amplia participación en la aparición de la amenaza de aborto. En mujeres mayores de 40 años el aborto espontáneo es muy frecuente, lo que sugiere que una gran proporción puede ser por anomalías cromosómicas o genéticas, y en la mayoría de los casos la gestación no progresa. La ocupación, la no accesibilidad a los servicios básicos y el lugar de residencia de la madre también se debe considerar como un factor de riesgo, ya que los grandes esfuerzos físicos y la exposición a tóxicos pueden alterar el normal curso de la gestación. (4)

La amenaza de aborto es una patología obstétrica frecuente y común, que se presenta hasta en la mitad de todas las gestaciones; por su alta frecuencia supone un elevado porcentaje de consultas y naturalmente es un trauma psicológico en

algunas pacientes; en tal sentido, no solo pone en peligro el curso del embarazo, sino que también afecta el estado emocional de la gestante. (5)

En consecuencia, la Amenaza de Aborto representa un serio problema obstétrico por su relación con diversos factores de riesgo, que al identificarlos se podrá determinar las acciones a seguir, con la finalidad de garantizar la salud materna evitando consecuencias irreversibles y en lo posible mejorar el pronóstico del embarazo y asegurarla continuidad del mismo. Sobre estos fundamentos formulamos la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los Factores de Riesgo en Gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto Es Salud periodo enero – agosto 2012?

## **1.3. OBJETIVOS.**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Identificar los factores de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar los factores médicos de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.

- Identificar los factores gineco - obstétricos de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.
- Identificar los factores epidemiológicos de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.
- Identificar las características del embarazo que presentan las gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud, periodo enero – agosto 2012.
- Identificar las características clínicas de la amenaza de aborto en gestantes del Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud, periodo enero – agosto 2012.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN.**

El presente trabajo de investigación alcanza su justificación en conocer cuáles son los factores de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto, porque es una patología obstétrica frecuente, que repercute no solo en el aspecto físico sino también en el estado psicológico y emocional; de tal manera que el embarazo corre riesgo de perderse.

A nivel mundial se estima que hasta un 50% del total de las concepciones mueren y se pierden, es decir, son abortados en forma espontánea, usualmente antes de que la mujer se percate de que está embarazada. Así mismo, en las mujeres con diagnóstico de embarazo, la amenaza de aborto es una complicación muy común y se presenta hasta en el 50% de todas las gestaciones. De estos embarazos el 20% terminará en aborto espontáneo. (6) Según la Organización Mundial de la Salud

(OMS), señalan que al año existen más de cincuenta mil muertes maternas por esta causa. (7)

En Estados Unidos según diversos estudios, el porcentaje de amenaza de aborto sobrepasa el 50% de todas las gestaciones, y se estima que ocurren entre seiscientos mil a ochocientos mil abortos espontáneos al año; aun así no incrementa las tasas de muertes maternas por esta causa en el País. (8)

En México, la amenaza de aborto es una patología obstétrica muy frecuente, y un 15% de estos embarazos no progresa. (9) En el Perú, el 25% de las embarazadas sufre amenaza de aborto y, de estas, una de cada cinco pierde la gestación. (10)

La amenaza de aborto se asocia con morbilidad física y psicológica considerable para la mujer, ocasionando respuestas diferentes ante este hecho. Algunas entran en un periodo de estrés constante, por el miedo a que su embarazo culmine en un aborto; otras manifiestan depresión, sentimientos de culpabilidad y ansiedad. Cualquier actitud que opte la gestante, influye en el curso del embarazo. (11)

Es fundamental que todo profesional que entre en contacto con la gestante identifique el factor que la conllevaría a presentar amenaza de aborto, porque a partir de ello se podrá determinar si es prevenible, tratable, o si simplemente es inevitable. En el primero de los casos, tomar las precauciones y medidas oportunas; si ya está con el cuadro, establecer el tratamiento adecuado, y menos perjudicial para el producto; cuando no se puede asegurar la continuidad del embarazo, o la pérdida del mismo es evidente, el profesional debe tener la capacidad de informar a la paciente sobre su estado tratando de evitar un daño psicológico mayor. (11)



Identificar factores de riesgo que se pueden tratar antes de que causen un daño mayor en el embarazo, aseguraría la continuidad del mismo, garantizando una gestación segura y saludable, sin temores, sin miedos, que colaboren con su bienestar y el de su bebé; así mismo, tendremos familias y padres tranquilos y satisfechos esperando la llegada del nuevo ser. (12)

El presente proyecto de investigación se realizó por la necesidad de brindar una atención oportuna, lo que implica identificar los factores que conllevarían a presentar amenaza de aborto desde antes del embarazo, para que así la mujer esté concientizada y al tomar la decisión de tener un bebé conozca sus riesgos; para que así asista a sus controles tempranamente. Por otro lado, el profesional debe ser capaz de realizar un control prenatal minucioso, que no pase por alto ningún dato que pueda referirle la madre o que haya sido identificado por éste.

Con la presente tesis se identificaron factores que originaron el cuadro de amenaza de aborto que cobra importancia de acuerdo a la mayor probabilidad de sufrir el daño. Además pensamos que con estos resultados se pueden realizar nuevas investigaciones, ya que en nuestro medio no hay estudios sobre el mismo.

La realización del presente trabajo de investigación surgió de la observación fáctica en nuestro entorno, en la que la amenaza de aborto es una complicación que afecta a un gran número de gestaciones; muchos de estos casos pudieron haber sido prevenidos si se hubiera identificado oportunamente los factores de riesgo.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.**

#### **2.1.1. INTERNACIONALES.**

**SANDOVAL (2010).** Realizó tesis de Post Grado en la Universidad de Buenos Aires, Argentina; para obtener el grado de Magister en Complicaciones obstétricas. Título: Factores epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto. Plantea que la edad materna avanzada se asocia a amenaza de aborto por el riesgo de presentar un embarazo con anomalías cromosómicas y finalmente culmina en aborto. Concluye la investigación demostrando que el factor de riesgo epidemiológico asociado a la amenaza de aborto en el primer trimestre de gestación es la edad materna mayor de 40 años. (13)

**ÁLVAREZ Y FARNOT (2007).** Realizaron tesis de Pre Grado en la Universidad de Chile, para optar el grado de Licenciados en Obstetricia y Puericultura. Título: Factores de riesgo demográfico y social con mayor incidencia en la amenaza de aborto. Concluyeron que los factores de riesgo demográfico y social con mayor incidencia en la amenaza de aborto son la zona de residencia por el difícil acceso a los servicios básicos de salud, y los recursos económicos bajos. (14)

**ISALGUEI (2006).** Realizó tesis de Pre Grado en la Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina; para optar el grado de licenciado en Obstetricia. Título: Influencia de la Infección urinaria en amenaza de aborto. Concluye que la infección urinaria influye significativamente en la amenaza de aborto, pero la prevalencia está en relación al dolor en abdomen inferior y no al sangrado vaginal. (15)

**GONZALES (2009).** Realizó tesis de Pre Grado para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la Universidad Autónoma de México. Título: Características clínicas determinantes de amenaza de aborto. Plantea que el sangrado vaginal es el signo determinante de amenaza de aborto, por el riesgo de perder la gestación. Concluye que La Amenaza de Aborto es determinada por la presencia de sangrado transvaginal, las cuales pueden tener distintas características desde color hasta consistencia, y en la mayoría de los casos estos determinan el curso del embarazo, pero el dolor propio de esta complicación puede o no ser frecuente. (16)

**PEÑA (2009).** Realizó tesis de Post Grado para obtener el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Título: Amenaza de aborto en gestantes con leiomiomatosis uterina. Plantea que es una complicación poco frecuente, pero al presentarse origina un alto riesgo de perder la gestación. El estudio que plantea es casos y controles. Concluye que existe mayor probabilidad de amenaza de aborto en pacientes con leiomiomatosis uterina en comparación a aquellas que no lo presenta. (17)

### **2.1.2. NACIONALES.**

**MORENO Y SALAZAR (2006).** Realizaron tesis para obtener el grado de Licenciados en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Título: Enfermedades intercurrentes con mayor frecuencia en gestantes con amenaza de aborto. El tipo de estudio aplicado fue retrospectivo. Concluye que la infección urinaria es la enfermedad intercurrente más frecuente en gestantes con amenaza de aborto, más aún en aquellas que lo presentan desde antes del embarazo sin tratamiento adecuado. (18)

**MANRIQUE (2008).** Realizó tesis para optar el grado de Licenciado en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Título: Características generales en gestantes con amenaza de aborto. Plantea que es importante conocer las características generales que es común en las gestantes con amenaza de aborto, para poder identificar al grupo poblacional que tiene mayor riesgo de presentarlo. Concluye que las principales características generales en el estudio que realizó fueron la edad materna menor de 15 y mayor de 35 años, la edad gestacional promedio es de 9 semanas, el número de controles prenatales más frecuentes fue un control; el dolor suprapúbico y en zona lumbar es más frecuente que el sangrado vaginal. (19)

**IPANAQUÉ (2008).** Realizó tesis para optar el grado de Bachiller en Obstetricia, Universidad Nacional de Trujillo. Título: Factores de riesgo médicos asociados a la amenaza de aborto espontáneo. Realizó un estudio para determinar la relación entre la edad materna avanzada, antecedentes de aborto, período intergenésico menor de un año y mayor de 5 años con esta complicación. Estudio llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes identificados previamente en los libros de registro del servicio de obstetricia. Demuestra que son factores de riesgo: enfermedades recurrentes, antecedentes de tres a más abortos, legrados uterinos previos, y el período intergenésico menor de dos años. (20)

**DELGADO (2009).** Realizó tesis para optar el grado de Bachiller en Obstetricia, Universidad Nacional de Trujillo. Título: Infección de las Vías urinarias en gestantes del primer trimestre. Se realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la Infección de las Vías urinarias en gestantes del primer trimestre. Conclusiones: La prevalencia de Infección de las Vías urinarias fue de 10.83 por

ciento, está comprendida dentro del rango considerado de la literatura 2 por ciento a 20 por ciento; aumenta significativamente con la edad y el antecedente de infección urinaria; además la complicación más frecuente en el primer trimestre asociado a infección de las vías urinarias fue la amenaza de aborto. (21)

**ROJAS (2008).** Realizó tesis para optar el grado de Licenciado en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Título: Factores médicos y socio epidemiológico asociados a amenaza de aborto. Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal, Prospectivo. Conclusiones: los factores médicos y socio epidemiológicos asociados fueron las enfermedades recurrentes y edad materna mayor de 45 años respectivamente; además que, el control prenatal es un factor protector evidente, mientras se realice lo más temprano posible. (22)

### **2.1.3. REGIONALES Y LOCALES.**

No se encontraron investigaciones sobre el tema en estos últimos años.

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES.**

#### **➤ DEFINICIÓN.**

Es toda circunstancia o situación que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. En el embarazo, dependiendo de estos factores, pueden alterar el normal desarrollo del mismo en cualquier momento. Estos factores puede presentar la mujer antes o durante el embarazo. (23)

## ➤ **CLASIFICACIÓN.**

### ▪ **FACTORES MÉDICOS.**

Son las diferentes patologías que presenta la mujer que son capaces de influir en el curso del embarazo. (4)

### **INFECCIONES.**

La gestante puede presentar una serie de infecciones que se manifiestan por primera vez o pueden ser recurrentes durante el embarazo. Algunas infecciones son causas poco comunes de abortos. La infección bacteriana se produce principalmente por vía ascendente. La vía hematógena es excepcional. Hoy en día es poco frecuente las infecciones que podrían ser perjudiciales para el embarazo por la inmunización en la infancia. (24)

Si la gestante presenta antes de la gestación sífilis, gonorrea, hepatitis B, herpes y otras infecciones vulvovaginales tratadas y controladas juntamente con la pareja, no presenta riesgo en el embarazo; excepto en los casos de la hepatitis B crónica o la sífilis latente o terciaria, que no se cura definitivamente, por ende necesita control y vigilancia oportuna. Cuando el contagio se produce en el embarazo, ciertos estudios mencionan relación con abortos, pero lo que se pretende que no exista contagio al feto. (24)

Para el caso de las mujeres con diagnóstico de VIH antes o durante del embarazo, se tendrá en consideración el tratamiento previo y el estado de salud con la cual llegan al embarazo actual. En cualquiera de los casos la relación con abortos es poco frecuente. (25)

En caso de infección por el Virus del Papiloma Humano, si es diagnosticada antes del embarazo y la mujer comienza a recibir tratamiento local, las manipulaciones cervicales pueden originar riesgo de abortos espontáneos; pero siempre se recomienda evitar el embarazo, ya que además incrementa las lesiones producidas por el virus. (26)

Las gestantes que presentaron varicela, influenza, otras virosis respiratorias, paludismo, viruela, dengue, infecciones bacterianas como salmonelosis, shigelosis, entre otros, no manifiestan riesgos en el embarazo actual si presentaron tratamiento oportuno y control. Son poco frecuentes los casos de contagio de estas enfermedades durante el embarazo, pero si se presentan, la gestante corre el riesgo de perder la gestación. (24)

Los antecedentes de infecciones como rubeola, sarampión, parotiditis, son poco comunes por su inmunización durante la infancia. En casos de que la gestante lo haya presentado y recibió tratamiento, tampoco influye en el embarazo actual; de presentarse con el embarazo, el riesgo de aborto es variable. En los casos que existan diagnósticos de citomegalovirus o toxoplasmosis, dependerá del cuadro clínico para el inicio del tratamiento; se ha relacionado siempre estas infecciones con el riesgo de abortos espontáneos, pero hasta la actualidad no hay pruebas concluyentes. (24)

Las infecciones de las vías urinarias se han relacionado con riesgo de padecer amenaza de aborto debido al cuadro clínico que origina; ya que en las infecciones urinarias sintomatológicas, se presentan por lo general dolor a nivel lumbar y en abdomen bajo, muchas veces los dolores son intensos. Este cuadro originaría así

una amenaza de aborto, independiente o no de la presencia de sangrado vaginal; en cual tampoco no se descarta cuando se presenta infección del tracto urinario. (27)

Las infecciones de las vías urinarias, son las infecciones bacterianas que se encuentran con mayor frecuencia durante el embarazo. Aunque la bacteriuria asintomática es la más frecuente, la infección puede afectar a la parte baja de las vías urinarias y causar cistitis, y en menor medida llegar hasta los riñones y causar pielonefritis. Los microorganismos que causan infecciones urinarias son los que provienen de la flora perineal normal. (24)

Durante el embarazo se producen en las vías urinarias cambios anatómicos y fisiológicos, como manifestaciones de adaptación al proceso. Algunas de ellas predisponen a la infección urinaria. Si hay enfermedad previa se exacerbará y en muchos casos recién serán descubiertas con motivo del embarazo. Una infección leve se puede complicar si no se detecta a tiempo provocando que entre el útero y la vejiga haya una mayor presión causando contracciones y sangrados, que pueden llevar a un aborto. (28)

Los valores considerados normales sufren variaciones durante la gestación de acuerdo a las demandas fisiológicas de éste, se modifican en forma variable, según las etapas evolutivas propias del embarazo. (29)

Durante el embarazo aumenta el tamaño de los riñones, por incremento de la corriente sanguínea y el volumen vascular. Hay dilatación de la pelvis renal, cálices y uréteres, con hipotonía e hipomotilidad de su capa muscular, por acción de la progesterona aproximadamente desde el segundo trimestre de gestación, y que se acentúa a medida que avanza el embarazo. (28)



Los niveles plasmáticos de creatinina y nitrógeno úrico disminuyen durante el embarazo. Desde la octava semana el metabolismo de excreción de ácido úrico disminuye, hay hiperuricemia, pero comienza después a elevarse en el tercer trimestre. Durante el embarazo se modifica el proceso de excreción de glucosa por los riñones con presencia de glucosuria variable de un día a otro, como reflejo de modificaciones en la función renal y no perturbaciones en el metabolismo de los glúcidos. (28)

En el embarazo la vejiga disminuye su tono y adquiere cierto grado de flacidez, con insuficiencia de la válvula vesicouretral, condicionando reflujo hacia los uréteres. Hay edema e hiperemia de la vejiga. El estancamiento de la orina en la pelvis renal y en los uréteres predispone a la proliferación de microorganismos y a la consiguiente infección de las vías urinarias. Hay aumento de la diuresis con cierto grado de inversión en el ritmo, que es mayor en la noche en relación a la no gestante. (28)

La infección de las vías urinarias se puede presentar de distinta manera y en distintas localizaciones. La Bacteriuria asintomática es la presencia de bacterias, en multiplicación activa, en las vías urinarias, pero sin manifestaciones sintomáticas. La incidencia durante el embarazo varía de 2 a 7%. El diagnóstico se establece mediante urocultivo, predominando gérmenes que son predominantes en el intestino. (24)

La Cistitis y uretritis se denomina a la localización infecciosa en la vejiga con síntomas locales como polaquiuria, disuria, dolor en abdomen bajo, dolor lumbar, dolor suprapúbico. Se acompaña de orina turbia y mal oliente. Es más frecuente en el segundo trimestre de embarazo. Se diagnostica con el estudio del sedimento urinario y urocultivo. (28)

La Pielonefritis es la complicación grave para el embarazo y el feto, ya que puede llevar a un shock séptico. Clínicamente hay presencia de dolor lumbar y en ángulo costo vertebral; escalofríos, cefalea, náuseas y vómitos. El diagnóstico se establece por las manifestaciones clínicas, la bacteriuria, la presencia de células inflamatorias. Se confirma por el recuento de colonias y urocultivo. (28)

La gestante que ha presentado infección de las vías urinarias antes del embarazo, el cual no haya sido tratado o el tratamiento no haya sido eficaz, tiene mayor riesgo de presentar nuevamente este problema durante la gestación actual, más aún por los cambios fisiológicos propios del mismo, manifestándose así infecciones recurrentes. Hay gestantes que manifiestan este problema por primera vez durante el embarazo, aunque estos casos son poco frecuentes. (29)

### **ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

Las pacientes con antecedentes de tuberculosis o carcinomatosis, no presentan riesgos en una futura gestación, solo hay que considerar un adecuado estado de salud antes del mismo. Las que se embarazan presentando estas enfermedades y otras como hipertensión arterial crónica, patologías renales o cardiovasculares, presentan riesgos de que estas enfermedades se agraven con la gestación. Existen estudios que relacionan el aborto espontáneo y las patologías renales, éstas últimas originarían el cuadro cuando la gestante no cuenta con tratamiento y su sistema esta descompensado. (30)

### **ANORMALIDADES ENDOCRINAS.**

La deficiencia de yodo a veces se acompaña de un número excesivo de abortos espontáneos. No hay estudios contundentes del hipotiroidismo y la pérdida temprana

del embarazo. Sin embargo, los autoanticuerpos contra tiroides se vincularon con mayor frecuencia de abortos, a pesar de que no hubo hipotiroidismo manifiesto. (24) En casos de hipotiroidismo sin tratar, puede haber abortos en el primer trimestre de embarazo, y originar abortos repetitivos. (31)

Si la paciente antes del embarazo presenta hipertiroidismo y está con tratamiento, en el embarazo se trata de mantener en el límite superior del eutiroidismo o levemente hipertiroidismo, para evitar la pérdida temprana del embarazo, buscando el tratamiento con menos pasaje transplacentario. (31)

Los índices de abortos espontáneos y malformaciones congénitas graves aumentan en mujeres con diabetes insulínica dependiente. El riesgo al parecer se vincula con el grado de control metabólico en el primer trimestre. (24)

Se ha dicho que una causa de aborto es la secreción insuficiente de progesterona por el cuerpo amarillo, situación conocida como defecto de la fase luteínica. En la actualidad es necesario corroborar los criterios diagnósticos y la eficacia del tratamiento de esta supuesta enfermedad. (24) En general las pacientes son tratadas con progesterona en embarazos después de inducción de ovulación o cuando presente niveles de bajos de progesterona. (2)

### **ESTADO NUTRICIONAL.**

La deficiencia alimentaria de cualquier nutriente o la carencia moderada de todos ellos, al parecer no constituye una causa importante de aborto. En forma semejante las náuseas y los vómitos que aparecen a menudo al inicio del embarazo y cualquier pérdida ulterior de peso rara vez son seguidos de abortos espontáneos. La anemia y la desnutrición antes del embarazo son perjudiciales, ya que existe riesgo de abortos

espontáneos por la falta de nutrientes que origina la demanda del embarazo, aunque estos estudios no son contundentes. (24)

En cuanto a la obesidad no sólo existe mayor dificultad de concebir un hijo de manera natural sino que, además, podría incrementar el riesgo de aborto espontáneo una vez conseguido el embarazo. (24)

### **USO DE DROGAS Y FACTORES AMBIENTALES.**

Las mujeres fumadoras activas tienen mayor dificultad de conseguir un embarazo. Según el cigarrillo consumido, este puede inducir al agotamiento de la reserva de óvulos. Por su parte, las toxinas influyen en el material genético, factor que puede relacionarse con los mayores riesgos de abortos y con menores posibilidades de tener un embarazo. Este es un aspecto muy grave, pues estos daños en la capacidad de ovulación pueden llegar a ser irreversibles. Se concluye que hay una disminución en la fecundación de sus óvulos y en la implantación de sus embriones. (32) En el caso de mujeres que fuman más de 14 cigarrillos por día, el riesgo es dos veces mayor. El aborto espontáneo se produce por efecto tóxico directo en el embrión. (24)

El aborto espontáneo y ciertas anomalías fetales pueden ser consecuencia del consumo frecuente de bebidas alcohólicas en las primeras ocho semanas de embarazo. El índice de aborto se duplica en mujeres que ingieren alcohol dos veces por semana y se triplica en la que lo beben diariamente. El consumo de alcohol antes del embarazo también se ha relacionado con ciertas probabilidades de presentar un aborto espontáneo durante un embarazo futuro. Las mujeres que consumen cuando menos cinco tazas de café al día tiene un riesgo ligeramente

mayor de padecer un aborto. O lo que significa consumir cuando menor 500 mg de cafeína al día. (24)

En dosis suficientes la radiación es un abortifaciente comprobado. La radiación produce un impacto mayor en la etapa de organogénesis. Se desconoce la cantidad suficiente de radiación para producir abortos. (24)

Según los últimos estudios no se sabe con precisión cuáles de los factores ambientes y en qué medida producen abortos. En diferentes estudios se determinó que el arsénico, plomo, formaldehído, benceno y oxido de etilo pueden ser abortivos. (5) El níquel es una sustancia química toxica para el embrión a través de un efecto mutagénico que lleva a muerte celular en fases críticas del desarrollo. (24)

### **TRAUMATISMO FÍSICO.**

Sin duda, los grandes traumatismos del abdomen producen aborto. De manera general el traumatismo contribuye escasamente a la frecuencia Amenaza de aborto, ya sea porque puede originar dolor o sangrado vaginal de acuerdo a la severidad del caso. (24)

### **Rh NEGATIVO MATERNO.**

Si la madre es Rh negativo, su sistema inmunitario trata a las células fetales Rh positivas como si fuesen una sustancia extraña y crea anticuerpos contra dichas células sanguíneas fetales. Estos anticuerpos anti-Rh pueden pasar de nuevo a través de la placenta hacia el feto y destruir los glóbulos rojos circulantes de éste. (12)

Debido a que toma tiempo para que la madre desarrolle anticuerpos, con frecuencia, los primeros bebés no se ven afectados, a menos que la madre haya tenido embarazos interrumpidos o abortos espontáneos anteriormente que sensibilizaron su sistema inmunitario. Sin embargo, todos los hijos que ella tenga después de esto que también sean Rh positivos pueden resultar afectados; y puede originar abortos espontáneos. (12)

#### ▪ **FACTORES GÍNECO - OBSTÉTRICOS.**

Se considera a todos los datos relevantes que presenta la mujer durante su vida reproductiva. (23)

#### **GESTACIONES.**

Diversos estudios no encuentran mayor relación entre el número de gestaciones previas y la amenaza de aborto; salvo aquellos casos en la que la hubo manipulaciones uterinas que ocasionen alteraciones en el sitio de implantación. (33)

#### **PERIODO INTERGENÉSICO.**

Varios estudios demuestran que mientras más corto sea el periodo intergenésico, mayor es el riesgo de presentar amenaza de aborto, y por consiguiente aborto espontáneo; debido a la falta de preparación del contenido uterino para el nuevo embarazo. (33)

#### **DEFECTOS DEL APARATO REPRODUCTOR.**

Los defectos del desarrollo como la formación anormal del conducto de Müller o los defectos de fusión pueden producir abortos, pero está en controversia si su

corrección lo evita. (24) En casos de tabiques uterinos o en úteros septados o bicornuados se produciría el aborto por ser zonas mal irrigadas. (33)

En cuanto a los defectos adquiridos, los leiomiomas grandes y múltiples por lo general no causan aborto. Pueden producir aborto cuando existe alteración en la irrigación del endometrio o por reacción inflamatoria en el sitio de implantación. Los legrados uterinos muy enérgicos o los realizados en abortos sépticos pueden producir zonas de isquemia en la cavidad uterina. La incompetencia cervical por lo general se vuelve a presentar en los futuros embarazos, siendo un factor de riesgo latente en mujeres que lo han presentado. (24)

### **CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS PREVIAS.**

Se relacionan con la amenaza de aborto por la manipulación que se origina dentro de la cavidad uterina, como en el caso de una cesárea previa, de una miomectomía o de legrados uterinos. También en los casos de intervenciones a nivel ovárico, por las alteraciones hormonales que pueden originar durante el embarazo. (3)

En cuanto al cerclaje en embarazos anteriores, no influye en la gestación actual; pero es probable que se tenga que volver a realizar. A mayores intervenciones invasivas a nivel uterino, mayor es el riesgo de presentar amenaza de aborto, y por consiguiente la pérdida del embarazo. (3)

### **HIPEREMESIS GRAVÍDICA**

Es el término utilizado para referirse a náuseas y vómitos persistentes durante el embarazo. Si bien más de la mitad de las mujeres embarazadas experimentan alguna forma de náuseas o vómitos, solamente del 1.5% al 2% sufren de hiperémesis gravídica, una afección mucho más seria. Se desconoce la causa

exacta de la hiperémesis gravídica, pero algunos de los factores que pueden influir son altos niveles de GCH (gonadotropina coriónica humana), mayores niveles de estrógeno, cambios gastrointestinales, factores psicológicos, entre otros. (12)

El aborto espontáneo es extremadamente raro, pero ha existido casos en las que gestantes con hiperémesis, iniciaron con el cuadro de amenaza de aborto y terminaron perdiendo la gestación. (12)

### **NÚMERO DE ABORTOS.**

Existe relación con amenaza de aborto debido a que a mayor cantidad de abortos espontáneos que presentó la mujer, hay mayor riesgo que la nueva gestante tenga la misma evolución. Si se acepta que es de 15% el riesgo independiente de que surja el aborto espontáneo, cabe predecir que ocurrirá un segundo aborto con un índice de 2,3% y un tercer aborto con 0,34%. Además, en caso de abortos provocados, por la manipulación y daño en la pared uterina, hay riesgo de que se pierda el nuevo embarazo, por alteraciones en la zona de implantación. (33)

### **▪ FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS.**

#### **EDAD.**

La edad materna es un factor de riesgo muy importante para la amenaza de aborto y por consiguiente para el aborto espontáneo. Es probable que la edad del ovocito sea crítica y que ello esté relacionado con mayor probabilidad de aberraciones cromosómicas, y que el embarazo no evolucione de manera favorable; en este sentido las gestantes con edades mayores de 40 años tienen mayor riesgo. Determinándose así que puede presentarse una gestación anembrionario, aborto completo e incompleto, aborto retenido, y así perderse la gestación. (12)



## **OCUPACIÓN.**

Se asocia a la amenaza de aborto dependiendo del tipo de actividad y del lugar en donde trabaja la gestante. Si realiza esfuerzos físicos considerables, hay riesgo de presentar amenaza de aborto, si está expuesta a toxinas ambientales, de igual manera. Por el contrario, si el trabajo no requiere mayor esfuerzo, es un lugar óptimo, no hay mayor relación con amenaza de aborto. (12)

## **SERVICIOS BÁSICOS.**

Existe poca relación con la amenaza de aborto. Se relaciona debido a que, si la gestante no cuenta con los servicios básicos es más probable que para acceder a ellos, tenga a realizar esfuerzo físico considerable, y por ende originar el cuadro de dolor o sangrado. Además puede contraer enfermedades debilitantes, infecciosas, crónicas; que influyen en el embarazo. (12)

## **ZONA DE RESIDENCIA.**

Se asocia a la amenaza de aborto, debido a que al vivir en zonas rurales, o urbano marginales en las que no se cuenta con servicios básicos, o hay poca o ninguna accesibilidad a centros de salud, la mujer no accede a ellos y con los constantes esfuerzos físicos del estilo de vida propio, conlleva a presentar amenaza de aborto. (12)

### **2.2.2. AMENAZA DE ABORTO.**

#### **➤ DEFINICIÓN.**

La amenaza de aborto es la primera manifestación clínica del aborto espontáneo, por tal caso solo se presenta hasta las 20 semanas de gestación. Implica que existe

riesgo de que el embarazo no progrese. Está asociado a diferentes factores de riesgo y constituye una patología muy frecuente. (3)

#### ➤ **CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO.**

La edad gestacional en la que se manifiesta la amenaza de aborto por lo general es predominante para definir su pronóstico, lo cual implica que a menor edad gestacional hay mayor riesgo de perder la gestación, ya que las causas son principalmente genéticas y su manifestación clínica siempre está relacionado a sangrado vaginal. A comparación de la amenaza de aborto en edades gestacional correspondientes al segundo trimestre, en la que las causas son por alteraciones tratables, y su manifestación puede excluir sangrado. (32)

Los controles del embarazo son importantes porque en cada uno de ellos el profesional puede identificar factores de riesgo que conllevaría a la gestante a presentar amenaza de aborto; no debe pasar por alto todo lo que refiere la gestante, porque puede que esté presentando un factor de riesgo tratable y prevenible. (32)

#### ➤ **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

Se hace el diagnóstico clínico de amenaza de aborto cuando por la vagina sale sangre o hay pérdida de líquido hemático a través del orificio cervical cerrado; pero, se menciona que podemos estar frente a un cuadro de amenaza de aborto a pesar de que a la especuloscopia o tacto vaginal no se constata sangrado. (24)

La amenaza de aborto puede presentarse muchas veces solamente con dolor sin sangrado vaginal. Este dolor es tipo cólico en el abdomen bajo, o manifiesta dolor intenso en zona lumbar. Se manifiesta en forma de contracciones y claramente arrítmicas; también se presenta en forma de lumbalgia persistente que se acompaña

de sensación de compresión dentro de la pelvis o una molestia sorda, en la línea media a nivel suprapúbico. (24)

#### ➤ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

El embarazo ectópico, la torsión de ovario u otros tipos de aborto pueden simular la amenaza de aborto. Así como los pólipos, o algunas lesiones cervicales. (24)

#### ➤ **TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO.**

No hay tratamiento eficaz para la amenaza de aborto. El reposo absoluto, a pesar que se ordena y se practica, a veces no modifica la evolución del cuadro. Se puede administrar acetaminofén, como analgésico. La ecografía vaginal o pélvica, la cuantificación seriada de los niveles de gonadotrofina coriónica humana y las cifras de progesterona sérica, solas o en combinación, son las que nos permitirán saber si el feto está vivo y el lugar de implantación. Además si la paciente presenta solo dolor, se tendrá que determinar la causa del dolor, ya que puede estar en relación con infecciones de las vías urinarias, infecciones del sistema reproductor. (24)

#### ➤ **EVOLUCIÓN DE LA AMENAZA DE ABORTO.**

La continuidad de la gestación dependerá de la evolución del cuadro. Algunas pacientes muestran evidente mejoría solo con el reposo absoluto, la administración de analgésicos, y los medicamentos necesarios para tratar la patología asociada a la amenaza de aborto. En los casos en las que existe deficiencia hormonal, se deberá evaluar la necesidad de administrar suplementos del mismo. Cuando ha existido sangrado vaginal, hay buen pronóstico cuando el sangrado disminuye a lo largo de los días, y se torna cada vez más oscuro. Es de mal pronóstico cuando el sangrado vaginal no cesa, y además continúa rojo rutilante. (9)

Cuando el embarazo no progresa, la amenaza de aborto continúa con las diferentes manifestaciones del aborto. Hay casos en los que el embarazo fue un huevo anembrionario, que se expresa en forma de un embarazo bioquímico, es decir, sin embrión, pero con concentraciones elevadas de gonadotropina coriónica. El saco anembrionado retenido puede permanecer por bastante tiempo en el útero, incluso todo el primer trimestre. Se habla de aborto inminente cuando hay modificaciones cervicales, son pocos los casos en los que las gestaciones continuaron al llegar a esta categoría. (24)

Cuando hay rotura franca de las membranas, se evidencia expulsión de líquido amniótico y existe dilatación del cuello uterino, estamos frente a un aborto inevitable. En el caso que se desprende la placenta en forma parcial o total del útero y hay expulsión de sangre, podemos estar ante un aborto incompleto o completo respectivamente. Puede ser que estemos frente a un aborto retenido, en este caso el útero retiene los productos muertos de la concepción por detrás del orificio cervical cerrado, días o semanas. (24)

### **2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.**

- **EMBRIÓN:** Es la etapa inicial de desarrollo mientras se encuentra en el útero de su madre. En el ser humano, el término se aplica hasta el final de la octava semana desde la concepción (fecundación). A partir de la octava semana, el embrión pasa denominarse feto. (34)
- **FETO:** El feto es un vertebrado vivíparo en desarrollo, el cual transcurre desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria hasta antes de que se produzca el nacimiento. Durante la vida fetal no se

forman órganos o tejidos nuevos, sino que se produce la maduración de los ya existentes. (34)

- **PROGESTERONA:** La progesterona es una hormona esteroide implicada en el sexo femenino en el ciclo menstrual, el embarazo (apoya la gestación) y la embriogénesis de los seres humanos y otras especies. La progesterona pertenece a una clase de hormonas llamadas progestágenos, y su principal origen natural es humano. La progesterona no debe confundirse con progestágenos, que son producidos sintéticamente. (34)
- **TOXINAS:** Es una sustancia venenosa producida por células vivas u organismos, como animales, plantas, bacterias y otros organismos biológicos. (34)
- **ÁCIDO ÚRICO:** El ácido úrico es un compuesto orgánico de carbono, nitrógeno, oxígeno e hidrógeno. Su fórmula química es  $C_5H_4N_4O_3$ . Es un producto de desecho del metabolismo de nitrógeno en el cuerpo humano, y se encuentra en la orina en pequeñas cantidades. (34)
- **HIPEREMIA:** La hiperemia es un aumento en la irrigación a un órgano o tejido. Puede ser activa (arterial), o pasiva (venosa). Generalmente la hiperemia va acompañada de aumento en la temperatura y a veces, también de volumen. Macroscópicamente, un órgano hiperémico adquiere un tono rojo intenso. (34)
- **INFECCIÓN:** Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, es decir, que existe invasión con lesión tisular

por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez. Esta infección puede ser local o sistémica. (34)

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.**

### **3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.**

La Infección de las Vías urinarias es el factor principal de riesgo presente en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.

### **3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.**

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES

- **VARIABLE DEPENDIENTE:**

AMENAZA DE ABORTO

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

- VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTOR DE RIESGO EN GESTANTES.**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM
<b>V. I: FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES</b>	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.  En el embarazo, dependiendo de estos factores, puede alterar su normal desarrollo del mismo en cualquier momento. Estos factores son conocidos como Factores médicos, Gineco – obstétricos y epidemiológicos (23)	Condición que pone en riesgo la salud de la gestante. .	Médicos	IVU	No Presenta – Presenta
				Anormalidades endócrinas	No Presenta – Hipotiroidismo – Hipertiroidismo – Diabetes – Deficiencia de progesterona
				Estado Nutricional	Adecuado – Desnutrición – Obesidad – Anemia
				Traumatismo físico	No – Si
			Gineco - obstétricos	Gestaciones	G1 / G2-G5 / >G5
				Periodo intergenésico	No aplica / <1a / 1 – 2a / 3 - 5a / >5a
				Defectos del Aparato Reproductor	No presenta – Miomatosis – Incompetencia cervical – Otros
				Cirugías ginecológicas previas	No presenta – Cesárea – Miomectomía – Legrado uterino – Otros
				Hiperémesis gravídica	No – Si
				Número de abortos	0 – 1 – 2 – 3 – >3 – No aplica
			Epidemiológicos	Edad	<20 / 20 – 35 / >35
				Ocupación	Ama de casa – Obrera – Docente – Estudiante – Otros
				Zona de residencia	Urbano – Urbano marginal – Rural

- **VARIABLE DEPENDIENTE: AMENAZA DE ABORTO.**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM
<b>V. D: AMENAZA DE ABORTO</b>	La amenaza de aborto es la primera manifestación clínica del aborto espontáneo, por tal caso solo se presenta hasta las 20 semanas de gestación. Implica que existe riesgo de que el embarazo no progrese según la evolución. (3)	La amenaza de aborto está asociado a diferentes factores de riesgo y constituye una patología muy frecuente	Características del embarazo	Edad gestacional	<7 sem / 7 – 13 sem / >13 sem
				Nº de controles prenatales	Ninguno – 1– 2 – 3 – >3
			Características clínicas	Presencia de sangrado vaginal	No presenta – Presenta
				Presencia de dolor	No presenta – Presenta
			Evolución	Continúa la gestación	Si – Termina en aborto
				Tipo de aborto	No aplica – Huevo anembrionario – Aborto incompleto – Aborto inevitable – Otro tipo de aborto

## **CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS.**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO.**

El tipo de estudio desarrollado en este trabajo de investigación es Cuantitativo, Analítico, Retrospectivo de Corte transversal.

### **4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

El diseño de investigación es de Casos y controles



TABLA TETRACÓRICA PARA CÁLCULO DE RIESGO			
		AMENAZA DE ABORTO	
		+	-
FACTOR DE RIESGO	+	A	b
	-	C	d

$$\text{Odds Ratio} = \frac{a / b}{c / d} = \frac{a \cdot d}{b \cdot c}$$

**DONDE:**

- Gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto y que están expuestas al factor de riesgo.
- Gestantes sin diagnóstico de amenaza de aborto y que están expuestas al factor de riesgo.
- Gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto y que no están expuestas al factor de riesgo.
- Gestantes sin diagnóstico de amenaza de aborto y que no están expuestas al factor de riesgo.

### **4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

#### **4.3.1. UNIVERSO.**

Conformado por 2250 gestantes que ingresaron al servicio de obstetricia. (Fuente: Oficina de estadística e informática Hospital II – Tarapoto EsSalud)

#### **4.3.2. POBLACIÓN.**

Constituido por 1746 gestantes hasta las 20 semanas de gestación que ingresaron al servicio de obstetricia. (Fuente: Oficina de estadística e informática Hospital II – Tarapoto EsSalud)

#### **4.3.3. MUESTRA.**

- **CASOS:** Representado por 210 gestantes que presentaron amenaza de aborto. (Fuente: Oficina de estadística e informática Hospital II – Tarapoto EsSalud)
- **CONTROLES:** Representado por 1536 gestantes que no presentaron amenaza de aborto. (Fuente: Oficina de estadística e informática Hospital II – Tarapoto EsSalud)

#### **4.3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.**

- **CASOS:** Una (01) gestante con diagnóstico de amenaza de aborto.
- **CONTROLES:** Una (01) gestante sin diagnóstico de amenaza de aborto

#### **4.3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- **CASOS:**

- Gestante hasta las 20 semanas de embarazo.
- Gestante con Diagnóstico de amenaza de aborto.
- Gestantes con o sin presencia de factores de riesgo
- Gestante con presencia de sangrado vaginal.
- Gestantes con presencia de dolor en zona lumbar o abdomen bajo.

- **CONTROLES:**

- Gestante hasta las 20 semanas de embarazo.
- Gestante sin Diagnóstico de amenaza de aborto.
- Gestantes con o sin presencia de factores de riesgo

#### **4.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

- El proyecto se llevó cabo entre los meses de octubre 2012 – agosto 2013.
- Se dio inicio al proyecto de investigación mediante la revisión bibliográfica, fuentes escritas, citas en internet, para determinar el problema de investigación, y los objetivos que se pretende lograr.
- Se continuó con la revisión bibliográfica para realizar el marco teórico y establecer nuestra hipótesis de investigación. Identificamos las variables, para luego realizar la operacionalización.
- Posteriormente determinamos el tipo de estudio, la población y la muestra con la que se trabajó; además del instrumento de recolección de datos. Seguido se determinó los recursos y el presupuesto necesario para el proyecto de investigación.

- Luego de las primeras presentaciones del proyecto de investigación, Se procedió a levantar las observaciones realizadas por los asesores.
- Se validó el instrumento ficha de recolección de datos mediante la prueba piloto y la revisión por los expertos; así dar inicio a la ejecución del proyecto de investigación.
- Se coordinó con las autoridades correspondientes para la autorización de la ejecución del proyecto; así dar inicio con la aplicación del mismo.
- Seguido, se procedió con la recolección de datos, para lo cual se coordinó con la oficina de estadística e informática y el área de archivo del establecimiento en estudio.
- Luego se dio inicio al baseado de datos en el programa estadístico de Excel. Después se utilizó el programa Spss para iniciar con los resultados y los gráficos.
- Se procedió a analizar los resultados del proyecto, comparando lo obtenido con la teoría y otras investigaciones; así verificamos la hipótesis de estudio.
- Luego se redactó todos los datos obtenidos en el informe final para luego poder presentar y sustentar la tesis.

#### **4.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para la presente investigación, el método de recolección de datos fue el recojo de información, ya que por el tipo de estudio no fue necesario estar en contacto directo con las pacientes, pues los datos requeridos lo obtuvimos de las historias clínicas y de la oficina de estadística e informática.

El recojo de información contó con siete secciones o áreas específicas: los datos personales y las dimensiones de las dos variables respectivamente. En cada sección se enumeró los indicadores, y cada uno de estos con sus respectivos ítems.

Para validar el instrumento de recolección de datos, se aplicó la prueba piloto con información de diez historias clínicas, de las cuales el dato que no se pudo llenar fue la de servicios básicos; por tal razón dicho indicador se obvió del instrumento.

A su vez, se realizó la validación del instrumento por tres especialistas o expertos en el tema, quienes de manera general consideraron al instrumento de recolección de datos, suficiente y adecuada; con ciertas correcciones en el planteamiento de los ítems, los cuales se mejoraron.

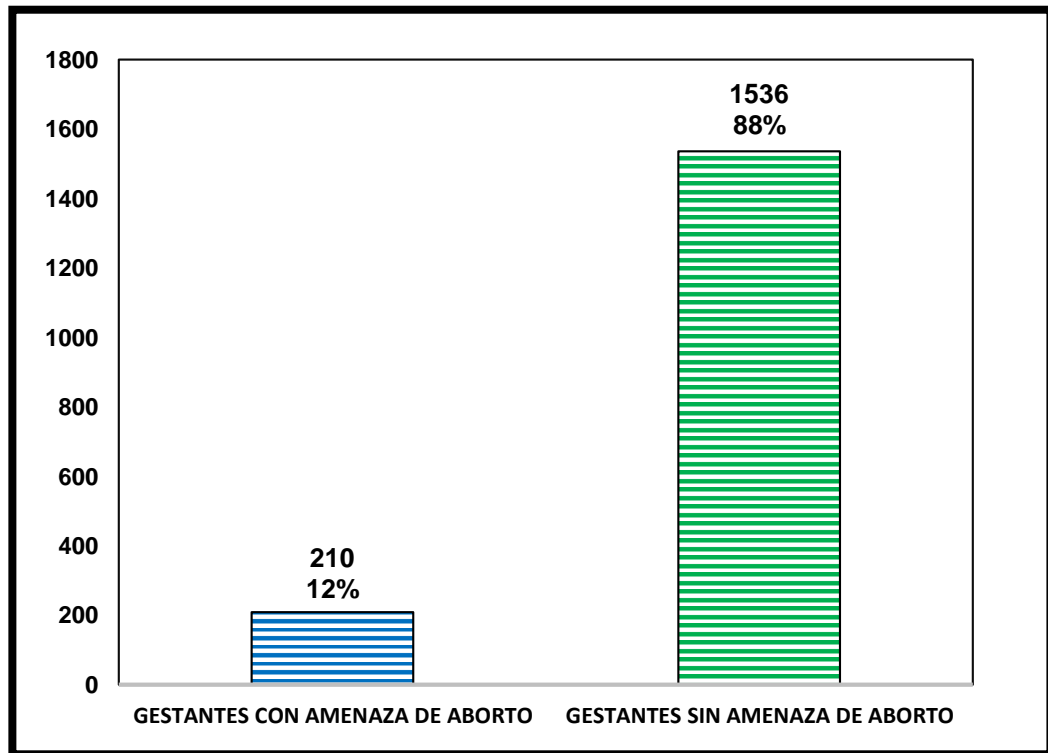
#### **4.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Para el procesamiento y análisis de datos se diseñó una base de datos en Excel 2011 y en el Paquete estadístico SPSS 19, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Además se utilizó la estadística descriptiva e inferencial.

Para establecer asociación de causalidad se determinó la proporción de casos y controles expuestos ( $PC_e - PSe$ ); el Odds Ratio (OR); y la fracción atribuible de riesgo (FAe). Estos resultados se verificaron estadísticamente con el intervalo de confianza y con un nivel de significancia  $< 0,05$ , así se estableció que si los factores son o no de riesgo.

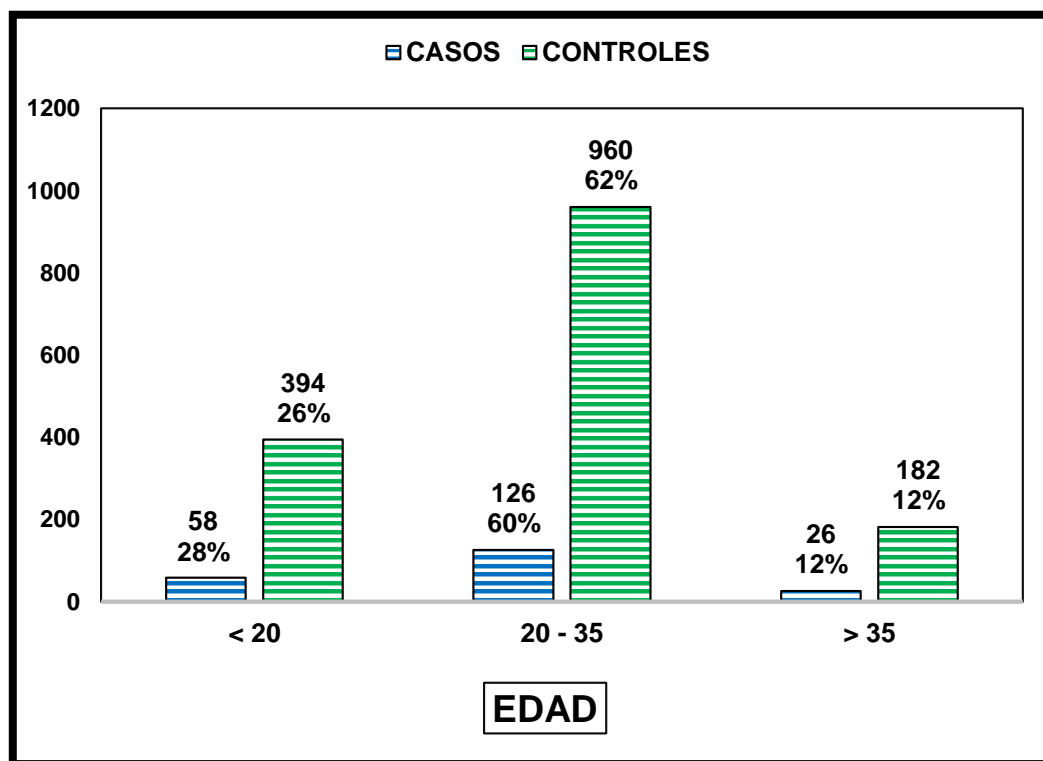
## CAPÍTULO V. RESULTADOS.

**Grafica N° 1: Frecuencia de Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**



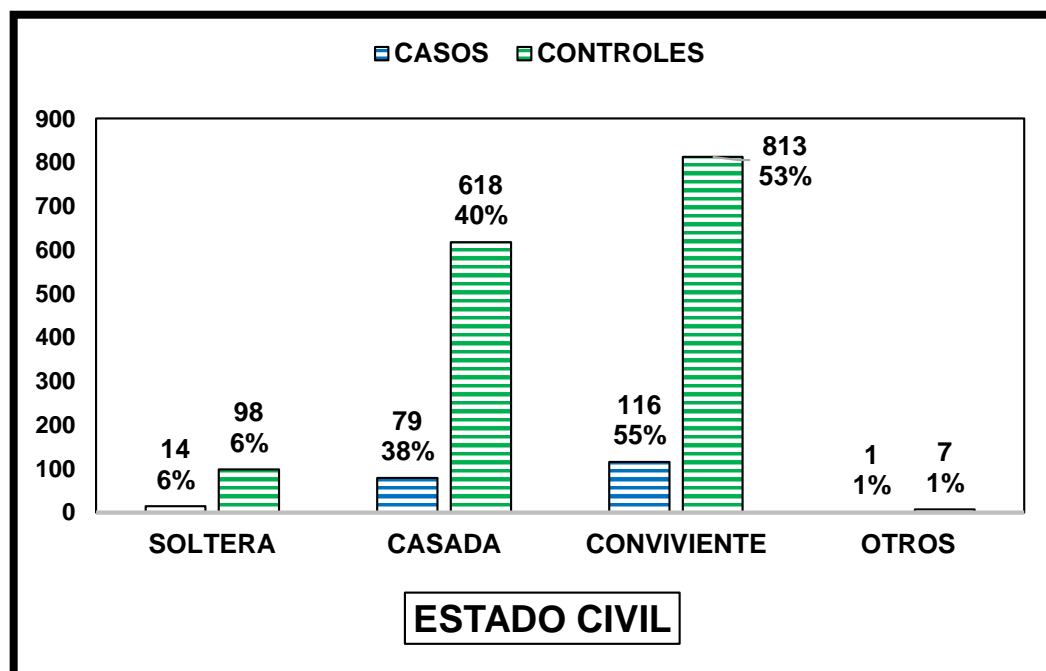
*La gráfica N°1 muestra que 210 gestantes presentan amenaza de aborto, que hace un total de 12%, quienes representan los Casos. Además, se muestra que 1536 gestantes no presentan dicha complicación, lo cual representa un 88%, conformando así a los Controles. De modo general, el 100% de la población de este estudio es 1746 gestantes.*

**Grafica N° 2: Frecuencia de Edad en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**



La gráfica N°2 muestra la frecuencia de edad en relación a los casos y controles. El grupo de edad que presenta mayor frecuencia es el comprendido entre 20 y 35 años, conformando un 60% para los casos y 62% para los controles. En segundo lugar se ubican las gestantes menores de 20 años, representando 28% para los casos y 26% para los controles. Finalmente el grupo de edad con menor frecuencia son las mayores de 35 años, haciendo un total de 12% en ambos.

**Grafica N° 3: Frecuencia de Estado Civil en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

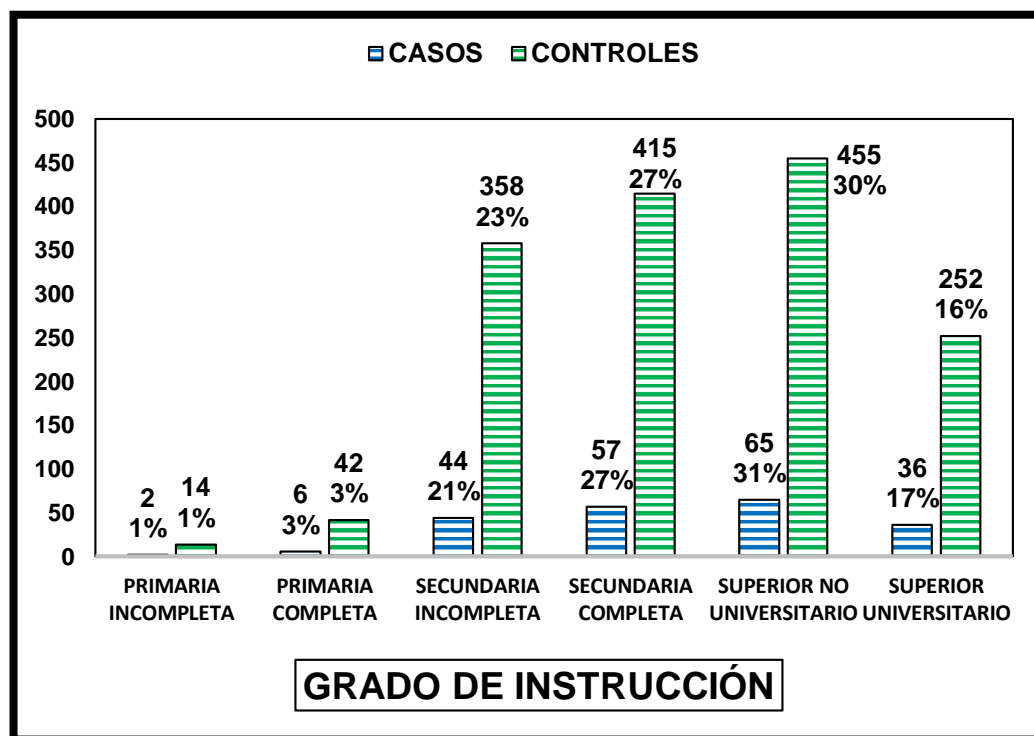


La gráfica N°3 muestra la frecuencia de Estado Civil en relación a los casos y controles. Con respecto a los casos, presenta mayor frecuencia el grupo de convivientes (55%); seguido se ubican las gestantes casadas (38%), solteras (6%), y finalmente en último lugar de frecuencia se encuentran las que presentaron otro estado civil (1%).

En cuanto a los controles, en primer lugar se ubican las convivientes (53%); continúa en frecuencia el grupo de las casadas (40%), solteras (6%), y por último las que presentan otro estado civil (1%).



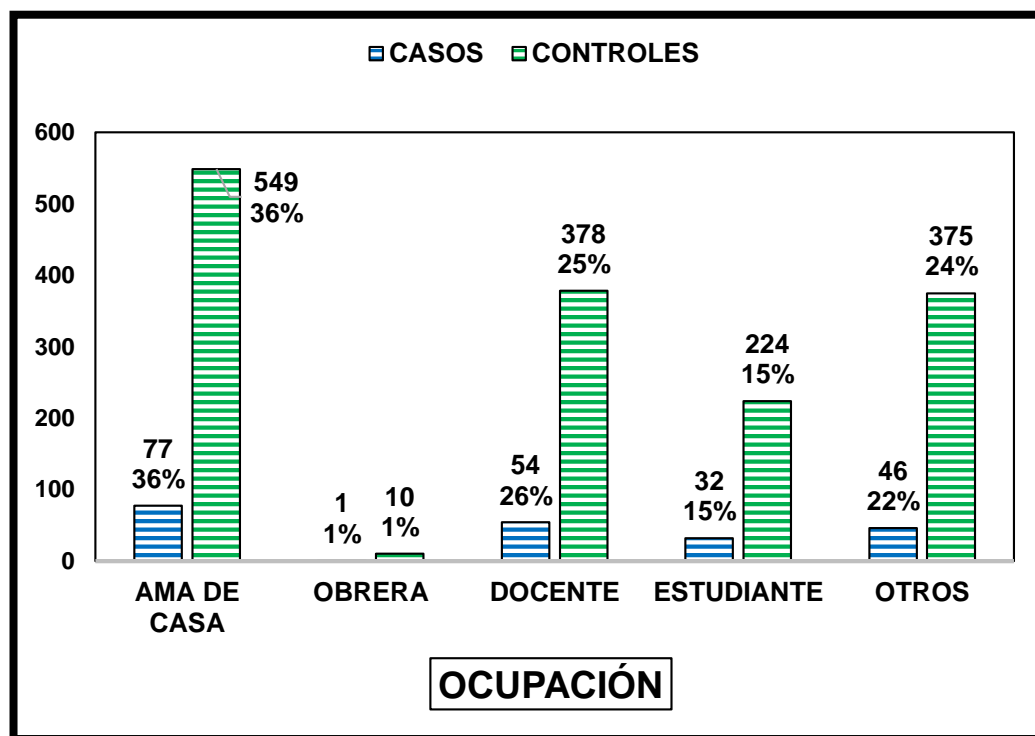
**Grafica N° 4: Frecuencia de Grado de Instrucción en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**



La gráfica N°4 muestra la frecuencia de Grado de Instrucción en relación a los casos y controles. Con respecto a los casos, se evidencia mayor frecuencia en superior no universitario (31%); seguido secundaria completa (27%), secundaria incompleta (21%), superior universitario (17%), primaria completa (3%), y finalmente primaria incompleta (1%).

En cuanto a los controles, en primer lugar de frecuencia se ubica superior no universitario (30%); continúa secundaria completa (27%), secundaria incompleta (23%), superior universitario (16%), primaria completa (3%), y por último primaria incompleta (1%).

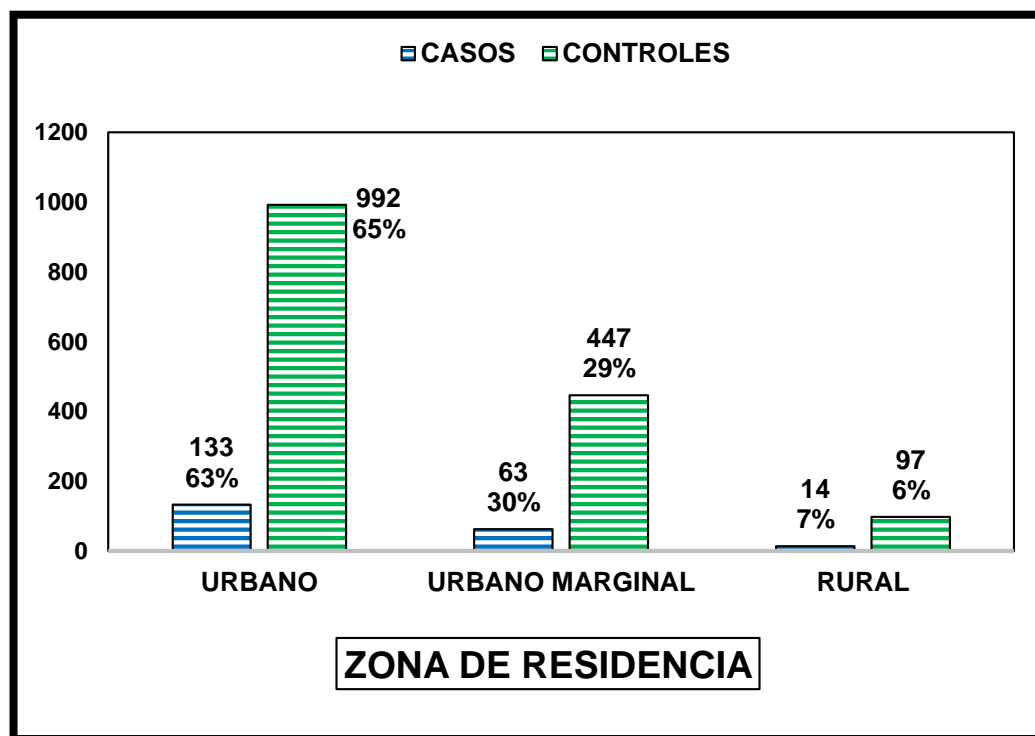
**Grafica N° 5: Frecuencia de Ocupación en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**



La gráfica N°5 muestra la frecuencia de Ocupación en relación a los casos y controles. Con respecto a los casos, se evidencia mayor frecuencia en el grupo de ama de casa (36%); seguido de docente (26%), otras ocupaciones (22%), estudiante (15%), y finalmente obrera (1%)

En cuanto a los controles, en primer lugar de frecuencia se ubican las que presentan ocupación ama de casa (36%), continúa docente (25%), otros (24%), estudiante (15%), y por último obrera (1%).

**Grafica N° 6: Frecuencia de Zona de Residencia en gestantes con o sin Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II – Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**



La gráfica N°6 muestra la frecuencia de zona de residencia en relación a los casos y controles. Con respecto a los casos, se evidencia mayor frecuencia en zona de residencia urbana (63%); seguido de urbana marginal (30%), y por último rural (7%).

En cuanto a los controles, en primer lugar de frecuencia se muestra zona de residencia urbana (65%); continúa urbana marginal (29%), y finalmente rural (6%).

**Tabla N° 01: Factor Médico de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

FACTOR		CASOS (210)	CONTROLES (1536)	PCe – PSe	OR	IC al 95%	p , 0,05	FAe
INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS		136	146	64,8% - 9,5%	17.497	12,573 - 24,350	0.000000	94,3%
ANOMALÍAS ENDOCRINAS	HIPOTIROIDISMO	0	1	-----	-----	-----	-----	-----
	DIABETES	0	2	-----	-----	-----	-----	-----
	DEFICIENCIA DE PROGESTERONA	1	0	-----	-----	-----	-----	-----
ESTADO NUTRICIONAL	ANEMIA	8	86	3,8% - 5,6%	0.668	0,316 - 1,399	0.281000	-----
	OBESIDAD	2	6	0,5% - 0,6%	0,812	0,492 - 7,228	0.258000	-----
TRAUMATISMO FÍSICO		4	9	1,9% - 0,6%	3.263	2,050 - 8,602	0.038400	69,4%

La tabla N°1 muestra que 136 casos y 146 controles presentan el factor de riesgo infección de las vías urinarias. La proporción de casos expuestos es 64,8%, superior al 9,5% de gestantes que no están expuestas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). El riesgo de presentar amenaza de aborto es 17.5 veces mayor en gestantes con infección de las vías urinarias en relación a las que no lo presentan (OR= 17,497; IC=12,573 – 24,350). El 94,3% del riesgo de desarrollar amenaza de aborto es debido a infección de las vías urinarias.

Otro factor con asociación de causalidad es el traumatismo físico; 4 casos y 9 controles lo presentan. La proporción de casos expuestos es 1,9%, superior al 0.6% de gestantes que no están expuestas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). El riesgo de presentar amenaza de aborto es 3,3 veces mayor en gestantes expuestas a traumatismo físico en relación a las que no están

*expuesta (OR= 3,263; IC= 2,050 – 8,602). El 69,4% del riesgo de desarrollar amenaza de aborto es debido a traumatismo físico.*

*Las anomalías endocrinas no representan un factor de riesgo porque los datos encontrados en casos y controles no son relevantes e imposibilitan determinar asociación de causalidad.*

*No existe asociación de causalidad entre la anemia (OR= 0,668; IC= 0,316 – 1,399), la obesidad (OR= 0,812; IC= 0,492 – 7,228) con la amenaza de aborto ( $p>0,05$ ). Además la proporción de controles expuestos es superior a los casos expuestos.*

**Tabla N° 02: Factor Gíneco - obstétrico de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

FACTOR		CASOS (210)	CONTROLES (1536)	PCe – PSe	OR	IC al 95%	p , 0,05	FRACCIÓN ATRIBUIBLE
GESTACIONES	G1	58	422	27,2% - 27,5%	1,007	0,732 - 6,631	0,232000	0,7%
	G2 – G5	136	1002	64,8% - 65,2%	0,979	0,532 - 2,843	0,361000	-----
	> 5 GEST.	16	112	7,2% - 7,6%	1,049	0,452 - 7,667	0,578000	0,5%
INTERGENÉSICO	< 1 AÑO	36	98	17,1% - 6,4%	3,066	1,931 - 12,742	0,031000	67,4%
	1 – 2 AÑOS	42	123	20% - 8%	2,865	1,028 - 9,571	0,044000	65,1%
	3 – 5 AÑOS	73	686	34,8% - 44,7%	0,658	0,867 - 1,384	0,679000	-----
	> 5 AÑOS	59	645	28,1% - 42%	0,543	0,792 - 1,264	0,598000	-----
DEFECTOS DEL APARATO REPRODUCTOR	MIOMATOSIS	0	2	-----	-----	-----	-----	-----
	INCOMPETENCIA CERVICAL	1	0	-----	-----	-----	-----	-----
	OTROS DEFECTOS	6	88	2,9% - 5,8%	0,484	0, 532 - 1,895	0,571000	-----
CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA	CESAREA	32	268	15,2% - 17,4%	0,851	0,670 - 1,494	0,999000	-----
	MIOMECTOMÍA	0	1	-----	-----	-----	-----	-----
	LEGRADO UTERINO	72	378	34,3% - 24,6%	1,755	0,998 - 9,985	0,097000	43,3%
	OTROS	3	32	1,4% - 4,4%	0,681	0,437 - 1,439	0,461000	-----
	CESAREA + LEGRADO UTERINO	13	73	6,2% - 4,8%	1,323	0,991 - 7,132	0,112000	24,4%
NÚMERO DE ABORTOS	1	32	245	15,3% - 15,9%	0,947	0,667 - 2,357	0,213000	-----
	2	28	209	13,3% - 13,6%	0,997	0,543 - 1,941	0,132000	-----
	3	17	57	8,1% - 3,7%	2,286	1,001 - 9,332	0,046000	56,3%
	> 3	8	24	3,8% - 1,6%	2,495	1,361 - 9,674	0,041000	60%
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA		2	32	1% - 2,1%	0,452	0,289 - 1,008	0,998000	-----

La tabla N°2 muestra que 36 casos y 98 controles presentan el factor de riesgo periodo intergenésico menor de 1 año. La proporción de casos expuestos es 17,1%, superior al 6,4% de gestantes que no están expuestas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ). El riesgo de presentar amenaza de aborto es 3,1 veces mayor en gestantes con periodo intergenésico menor de 1 año en relación a las que presentan un periodo prolongado ( $OR= 3,066$ ;  $IC= 1,931 - 12,742$ ). El 67,4% del riesgo de desarrollar amenaza de aborto es debido a periodo intergenésico menor de 1 año.

Otro factor con asociación de causalidad es el periodo intergenésico entre 1 y 2 años; 42 casos y 123 controles lo presentan. La proporción de casos expuestos es 20%, superior al 8% de gestantes que no están expuestas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ). El riesgo de presentar amenaza de aborto es 2,9 veces mayor en gestantes con periodo intergenésico entre 1 y 2 años en relación a las que presentan un periodo prolongado ( $OR= 2,865$ ;  $IC= 1,028 - 9,571$ ). El 65,1% del riesgo de desarrollar amenaza de aborto es debido a periodo intergenésico entre 1 y 2 años.

Antecedente de 3 abortos es un factor con asociación de causalidad; 17 casos y 57 controles lo presentan. La proporción de casos expuestos es 8,1%, superior al 3,7% de gestantes que no están expuestas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ). El riesgo de presentar amenaza de aborto es 2,3 veces mayor en gestantes con antecedente de 3 abortos en relación a las que presentan menor número de abortos ( $OR= 2,286$ ;  $IC= 1,001 - 9,332$ ). El 56,3% del riesgo de desarrollar amenaza de aborto es debido a antecedente de 3 abortos.

*Mayor de 3 abortos representa un factor con asociación de causalidad; 8 casos y 24 controles lo presentan. La proporción de casos expuestos fue 3,8%, superior al 1,6% de gestantes que no están expuestas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). El riesgo de presentar amenaza de aborto es 2,5 veces mayor en gestantes que presentan más de 3 abortos en relación a las que presentan menor número de abortos ( $OR = 2,495$ ;  $IC = 1,361 - 9,674$ ). El 60% del riesgo de desarrollar amenaza de aborto es debido a presentar más de 3 abortos.*

*No existe asociación de causalidad entre el número de gestaciones, periodo intergenésico mayor de 5 años, defectos del aparato reproductor, cirugía ginecológica previa, antecedente de 1 y 2 abortos e hiperémesis gravídica con la amenaza de aborto, porque los datos encontrados en casos y controles no son relevantes y en algunos factores imposibilitan determinar asociación de causalidad.*



**Tabla N° 03: Factor Epidemiológico de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

FACTOR		CASOS (210)	CONTROLES (1536)	PCe – PSe	OR	IC al 95%	p , 0,05	Fracción Atribuible
EDAD	<20 AÑOS	58	394	27,6% - 25,6%	1,113	0,893 - 7,324	0,142000	10,2%
	20 – 35 AÑOS	126	960	60% - 62,5%	0,901	0,645 - 2,931	0,387000	-----
	>35 AÑOS	26	182	12,4% - 11,9%	1,054	0,812 - 6,381	0,184000	5,1%
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	81	572	38,6% - 37,2%	1,065	0,848 - 6,972	0,156000	6,1%
	OBRERA	1	8	0,5% - 0,5%	0,913	0,637 - 3,58	0,317000	-----
	DOCENTE	32	238	15,2% - 15,5%	0,982	0,957 - 4,756	0,218000	-----
	ESTUDIANTE	28	212	13,3% - 13,8%	0,965	0,991 - 4,552	0,264000	-----
	OTROS	68	506	32,4% - 33%	0,973	0,996 - 4,985	0,234000	-----
ZONA DE RESIDENCIA	URBANO	133	992	63,3% - 64,6%	0,952	0,891 - 9,742	0,305000	-----
	URBANO MARGINAL	63	446	30% - 29%	1,056	0,962 - 6,685	0,109000	5,3%
	RURAL	14	98	6,7% - 6,4%	1,057	0,986 - 7,461	0,119000	5,4%

*La tabla N°3 muestra que no existe asociación de causalidad entre la edad materna, la ocupación y la zona de residencia con la amenaza de aborto, porque los datos encontrados en casos y controles no son relevantes; en tal sentido los resultados no indican causalidad.*

**Tabla N° 04: Características del Embarazo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

CARACTERÍSTICAS		fi (210)	%
EDAD GESTACIONAL	< 7 SEM.	65	31%
	7 -13 SEM.	103	49%
	> 13 SEM.	42	20%
N° DE CONTROLES PRENATALES	NINGUNO	30	14%
	1	81	39%
	2	68	32%
	3	24	12%
	> 3	7	3%

La tabla N°4 muestra que la amenaza de aborto es más frecuente en gestantes entre 7 y 13 semanas (49%); seguido de las que presentan edad gestacional menor de 7 semanas (31%); y finalmente mayor de trece semanas (20%).

En cuanto al número de controles prenatales tenemos que la amenaza de aborto es más frecuente en aquellas con 1 control prenatal (39%); seguido de las que presentan dos (32%), ninguno (14%), tres (12%), y finalmente más de tres (3%).

**Tabla N° 05: Características Clínicas de la Amenaza de Aborto en gestantes del Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

CARACTERÍSTICAS		fi (210)	%
CLÍNICAS	SANGRADO VAGINAL	25	12%
	DOLOR	29	14%
	SANGRADO VAGINAL + DOLOR	156	74%
EVOLUCIÓN	CONTINÚA LA GESTACIÓN	154	73%
	HUEVO ANEMBRIONARIO	9	4%
	ABORTO INCOMPLETO	34	18%
	ABORTO INEVITABLE	7	3%
	OTRO TIPO DE ABORTO	6	2%

*La tabla N°5 muestra que, las características clínicas de la amenaza de aborto más frecuentes en gestantes que presentan dicha complicación son el sangrado vaginal y el dolor (74%); seguido de aquellas que solo presentan dolor (14%), y por último las que manifiestan solo sangrado vaginal (12%).*

*En cuanto a la evolución de la amenaza de aborto, es más frecuente la continuidad del embarazo (73%); de las gestantes que terminó en aborto, se evidencia mayor frecuencia en aborto incompleto (18%); continúa huevo anembrionario (4%), aborto inevitable (3%), y otro tipo de aborto (2%).*

**Tabla N° 06: Factores de riesgo en gestantes con Amenaza de Aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital II –Tarapoto EsSalud periodo enero – agosto 2012.**

<b>FACTOR</b>	<b>OR</b>	<b>IC al 95%</b>	<b>p , 0,05</b>
<b>INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS</b>	<b>17.497</b>	<b>12,573 - 24,350</b>	<b>0.000000</b>
<b>TRAUMATISMO FÍSICO</b>	<b>3.263</b>	<b>2,050 - 8,602</b>	<b>0.038400</b>
<b>INTERGENÉSICO &lt; 1 AÑO</b>	<b>3,066</b>	<b>1,931 - 12,742</b>	<b>0,031000</b>
<b>INTERGENÉSICO 1 – 2 AÑOS</b>	<b>2,865</b>	<b>1,028 - 9,571</b>	<b>0,440000</b>
<b>&gt; 3 ABORTOS</b>	<b>2,495</b>	<b>1,361 - 9,674</b>	<b>0,041000</b>
<b>3 ABORTOS</b>	<b>2,286</b>	<b>1,001 - 9,332</b>	<b>0,046000</b>

*La tabla N°6 muestra que el principal factor de riesgo en gestantes con amenaza de aborto es la infección de las vías urinarias; además se identifican otros factores: el traumatismo físico, el periodo intergenésico menor de 1 año y el comprendido entre 1 y 2 años; por último, los antecedentes de 3 a más abortos.*

## **CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.**

La amenaza de aborto es la primera manifestación clínica del aborto espontáneo, por tal caso solo se presenta hasta las 20 semanas de gestación. Implica que existe riesgo de que el embarazo no progrese. Está asociado a diferentes factores de riesgo y constituye una patología muy frecuente.

Es fundamental que todo profesional que entre en contacto con la gestante identifique el factor que la conllevaría a presentar amenaza de aborto, porque a partir de ello se podrá determinar si es prevenible, tratable, o si simplemente es inevitable. En el primero de los casos, tomar las precauciones y medidas oportunas; si ya está con el cuadro, establecer el tratamiento adecuado, y menos perjudicial para el producto; cuando no se puede asegurar la continuidad del embarazo, o la pérdida del mismo es evidente, el profesional debe tener la capacidad de informar a la paciente sobre su estado tratando de evitar un daño psicológico mayor.

La gráfica N°1 muestra la frecuencia de casos conformada por 210 gestantes y la frecuencia de controles representada por 1536. Como se muestra en los resultados, en este estudio no se trabajó con pareamiento de casos y controles; porque se recopiló la información de todos los casos de amenaza de aborto durante el periodo de estudio, en tal sentido, para dar mayor relevancia a los resultados, se trabajó también con todos los controles.

La gráfica N°2 muestra la frecuencia de edad en relación a los casos y controles. En estos resultados observamos, tanto en casos como en controles, que pesar de no contar con datos pareados, el porcentaje es similar o igual. La edad con mayor frecuencia es la comprendida entre los 20 y 35 años tanto en casos como en

controles, lo que indica que en nuestro estudio las gestantes presentaron una edad reproductiva adecuada, apto física y psicológicamente para afrontar la maternidad. Pero, en segundo lugar se ubican las gestantes menores de 20 años, lo cual indica que aún la frecuencia de embarazos en adolescentes está latente, lo que representa un riesgo para el embarazo. En último lugar están las mayores de 35 años, que si bien por la edad pueden estar preparadas psicológicamente, en lo físico no es una edad apropiada para un embarazo; ya que, es el grupo con mayor riesgo para gestaciones con anomalías congénitas y genéticas, pero además, en esta edad las complicaciones obstétricas como la preeclampsia, eclampsia, partos distócicos, entre otros, son más frecuentes.

La gráfica N°3 muestra la frecuencia de Estado Civil en relación a los casos y controles. Como se muestra en los resultados no existen datos pareados, aún así el porcentaje es similar o igual. En primer lugar está el grupo de convivientes, esto indica, que aún las parejas no toman la decisión de formalizar la relación, lo cual puede deberse a falta de recursos económicos, por temor a una separación, porque la unión se debió a un embarazo no planeado, por ser parejas jóvenes, o simplemente porque no es una prioridad. A pesar de todo lo mencionado, una buena frecuencia de gestantes se ubica en el grupo de casadas, donde existe mayor estabilidad y compromiso con la familia. En tercer lugar, con una frecuencia significativa, están las solteras, esto puede deberse a que el padre no reconoce la gestación, que la madre sea joven y que aun dependa de la familia, que se sienta capaz de mantener a un hijo sola, que no exista una buena relación de pareja, que el embarazo sea hijo fuera del matrimonio, por temor a la responsabilidad familiar, entre otras razones; todas estas circunstancias pueden afectar el estado emocional de la gestante, ya que necesita el apoyo de la pareja para compartir sus experiencias en

esta etapa de la vida. En último lugar se encuentran las que presentan otro estado civil, que puede incluir a separadas, divorciadas y viudas.

La gráfica N°4 muestra la frecuencia de Grado de Instrucción en relación a los casos y controles. Se muestra en estos resultados porcentajes similares o iguales a pesar que los datos no son pareados. En primer lugar están las gestantes con superior no universitario, es decir con una carrera profesional, esto no es ajeno a la realidad del establecimiento en estudio, ya que la mayoría de los seguros son por el trabajo. Continúa en frecuencia las gestantes con secundaria completa e incompleta, esto puede deberse a que las gestantes son menores de edad, que formaron una familia muy jóvenes y se dedicaron a cuidar a los hijos dejando a un lado su desarrollo personal, por falta de recursos económicos, o porque la pareja no quiso; esta realidad hace que muchas veces la gestante sea humillada y menospreciada ya que depende económicamente de la pareja. En cuarto lugar están las que presentan superior universitario; y finalmente las que presentan primaria completa e incompleta, posiblemente debido a las razones mencionadas anteriormente.

La gráfica N°5 muestra la frecuencia de Ocupación en relación a los casos y controles. En estos resultados no se evidencian datos pareados pero el porcentaje es similar o igual. Primero se ubican las amas de casa, pese a que los resultados de grado de instrucción tuvo en primer lugar a superior no universitario; lo cual indica que la mayoría de las gestantes con estudios superiores, no ejercen la profesión. Sigue en frecuencia las gestantes que tienen por ocupación docente, esto sí guarda relación con el grado de instrucción. En tercer lugar tenemos a las que presentan otras ocupaciones; por último se ubican aquellas con ocupación obrera.

La gráfica N°6 muestra la frecuencia de zona de residencia en relación a los casos y controles. Como se muestra en los resultados tanto en casos como en controles, a pesar de no contar con datos pareados, el porcentaje es similar o igual. En primer lugar están las que residen en zonas urbanas, esto implica que cuenta con servicios básicos fundamentales, que tiene mayor accesibilidad a los servicios de salud, alimentación, educación, recreación, entre otros; lo cual no ocurre con las gestantes que viven en zonas urbano marginales y rurales.

La tabla N°1 muestra que existe asociación de causalidad entre la infección de las vías urinarias con la amenaza de aborto, ya que los resultados indican que una gestante con esta complicación tiene 17 veces más probabilidades de hacer amenaza de aborto; este resultado es muy superior al requisito teórico planteado por el tipo de estudio, que indica que es riesgo cuando la probabilidad es mayor de 1, y además es estadísticamente significativo. Estos resultados tienen relación con otros estudios, así, Isalguei en el año 2006 concluyó que la infección urinaria influye significativamente en la amenaza de aborto. Además tenemos a Moreno y Salazar quienes en el año 2006 concluyeron que la infección urinaria es la enfermedad intercurrente más frecuente en gestantes con amenaza de aborto. Delgado en el año 2009 determinó que la prevalencia de Infección de las Vías urinarias en gestantes con amenaza de aborto fue muy superior al rango considerado en la literatura. Por último, Rojas en el año 2008 concluye los factores médicos asociados a la amenaza de aborto fueron las enfermedades recurrentes principalmente infecciones urinarias y vaginales. Por lo tanto se concluye que existe una asociación de causalidad en nuestro estudio y lo contrastado con otros autores, por lo que se determina que la infección de vías urinarias es un factor de riesgo para amenaza de aborto. Este



factor es prevenible y tratable, con lo que su identificación es esencial para garantizar el normal curso del embarazo.

Según los resultados de esta tabla, otro factor con asociación de causalidad es el traumatismo físico. El riesgo de presentar amenaza de aborto por esta circunstancia es 3 veces mayor que en aquellas que no están expuestas. Otros estudios sobre amenaza de aborto no presentan relación con traumatismo físico. Por lo tanto se concluye que existe una asociación de causalidad en nuestro estudio, por lo que se determina que el traumatismo físico es un factor de riesgo para amenaza de aborto; aunque este factor no es prevenible ya que se puede presentar de manera fortuita, toda gestante debe tener presente que se debe evitar los grandes esfuerzos físicos durante el mismo.

En nuestro estudio y en lo contrastado con otros autores no se encontró asociación de causalidad entre las anomalías endocrinas, la anemia y la obesidad; por lo tanto se concluye que no son factores de riesgo para amenaza de aborto.

La tabla N°2 muestra que existe asociación de causalidad entre el periodo intergenésico menor de un año y el comprendido entre uno y dos años con la amenaza de aborto; ya que los resultados indican que el riesgo de presentar amenaza de aborto es 3 veces mayor en gestantes con periodo intergenésico menor de 1 año y el comprendido entre 1 y 2 años en relación a las que presentan un periodo prolongado. Estos resultados tienen relación con otros estudios, así, Ipanaqué en el año 2008 concluyó que es un factor de riesgo para amenaza de aborto el periodo intergenésico menor de dos años. Por lo tanto se concluye que existe una asociación de causalidad en nuestro estudio y lo contrastado con otros autores, por lo que se determina que el periodo intergenésico menor de un año y el

comprendido entre uno y dos años, son factores de riesgo para amenaza de aborto; esto sucede debido a que el útero no recupera normalmente su anatomía y fisiología luego de un corto periodo entre un embarazo y otro.

Esta misma tabla muestra que otros factores con asociación de causalidad son los antecedentes de tres a más abortos; los resultados indican que el riesgo de presentar amenaza de aborto es 2 veces mayor en gestantes con estos antecedentes que en aquellas que presentan menor número de abortos. En comparación con otros estudios, Ipanaqué en el año 2008 concluyó que es un factor de riesgo para amenaza de aborto los antecedentes de tres a más abortos. Por lo tanto se concluye que existe una asociación de causalidad en nuestro estudio y lo contrastado con otros autores, por lo que se determina que los antecedentes de tres a más abortos, son factores de riesgo para amenaza de aborto; esto sucede posiblemente debido a varias causas, una de ellas es la manipulación uterina luego de un aborto, dejando zonas anatómicas y fisiológicamente alteradas para una nueva implantación; además, mientras más abortos espontáneos presente, aumenta las probabilidades de que el siguiente embarazo concluya nuevamente en aborto, convirtiéndose así en una abortadora habitual, cuyas causas muchas veces son desconocidas.

Si bien es cierto, algunos autores como Peña e Ipanaqué en el año 2009 y 2008 respectivamente, determinaron que la leiomiomatosis uterina y legrados uterinos previos son factores de riesgo; en nuestro estudio y de acuerdo a nuestro contexto, no presentan asociación de causalidad, por lo tanto no son considerados factores de riesgo para amenaza de aborto.

En nuestro estudio y en lo contrastado con otros autores no se encontró asociación de causalidad entre el número de gestaciones, periodo intergenésico mayor de tres años, defectos del aparato reproductor, cirugía ginecológica previa, antecedente de 2 a menos abortos e hiperémesis gravídica; por lo tanto se concluye que no son factores de riesgo para amenaza de aborto.

La tabla N°3 muestra que no existe asociación de causalidad entre la edad materna, la ocupación y la zona de residencia con la amenaza de aborto. Si bien es cierto para algunos autores como Sandoval en el año 2010, Manrique y Rojas en el año 2008, concluyeron que es un factor de riesgo la edad materna menor de 15 y mayor de 35 años, en nuestro estudio y de acuerdo a nuestro contexto la edad materna no es un factor de riesgo para amenaza de aborto.

Según Álvarez y Farnot en el año 2007, determinaron que la zona de residencia en particular la urbano marginal y la rurales un factor de riesgo para amenaza de aborto por el difícil acceso a los servicios básicos incluidos los centros asistenciales de salud; en nuestro estudio no se encontró asociación de causalidad; por lo tanto no es un factor de riesgo para amenaza de aborto.

La tabla N°4 muestra las características del embarazo en las gestantes con amenaza de aborto; la edad gestacional en la que se presenta con mayor frecuencia esta complicación es entre 7 y 13 semanas, que en comparación con otro estudio realizado por Manrique en el año 2008, donde concluyó que la edad gestacional en la que se presentó la amenaza de aborto con mayor frecuencia fue entre 9 y 12 semanas, nuestro estudio tiene similar resultado. Esto a la vez indica, que la amenaza de aborto es menos frecuente en edades tempranas de la gestación cuando las causas son asociadas generalmente a factores genéticos; a su vez

implica que en edades avanzadas se debe frecuentemente a enfermedades recurrentes como infecciones urinarias, vaginales, complicaciones anatómicas y fisiológicas ligadas a la gestación, etc.

Otra característica del embarazo es el número de controles prenatales; con mayor frecuencia fueron las gestantes que tuvieron 1 control prenatal. En comparación con otro estudio realizado por Manrique en el año 2008, encontró que la característica frecuente en gestantes con amenaza de aborto fue también un control. Si la mayoría de las gestantes en estudio ya presentaron al menos un control prenatal, y lo que las llevó a manifestar el cuadro de amenaza de aborto fue la infección de las vías urinarias, implica que durante el desarrollo del mismo no se identificó este factor de riesgo, y no se tomó las acciones necesarias para evitar esta complicación.

La tabla N°5 muestra las características de la amenaza de aborto; en cuanto a las características clínicas, las gestantes que presentaron dolor y sangrado vaginal fueron las que registraron mayor frecuencia. En comparación con lo reportado por Gonzales en año 2009, en la que manifiesta que la amenaza de aborto presenta un principal signo clínico que es el sangrado vaginal, y el dolor propio de esta complicación no es frecuente, nuestros resultados reportan que solo el dolor es más frecuente que el sangrado vaginal. Este resultado puede estar relacionado con el factor de riesgo infección de las vías urinarias, puesto que su sintomatología que incluye el dolor característico del mismo, es uno de los indicadores de esta complicación del embarazo.

En cuanto a la evolución de la amenaza de aborto, en primer lugar se ubican las gestantes que continuaron con el embarazo, que guarda amplia relación con el factor de riesgo infección de las vías urinarias, ya que con el tratamiento adecuado y

preciso se garantiza pronta recuperación de las gestantes y por ende se asegura continuar el embarazo. Pero aun así, es frecuente los abortos incompletos, lo que implica que en varias gestaciones las acciones necesarias se tomaron inoportunamente o cuando la pérdida era inminente.

La tabla N°6 muestra que el principal factor de riesgo en gestantes con amenaza de aborto fue la infección de las vías urinarias; resultados similares a lo reportado por Isalguei, Moreno y Salazar en el año 2006, Rojas en el año 2008 y Delgado en el año 2009. Además según este estudio, otro factor de riesgo identificado fue el traumatismo físico.

Por último otros factores de riesgo fueron el periodo intergenésico menor de un año y el comprendido entre uno y dos años; y antecedentes de tres a más abortos; resultados similares a lo reportado por Ipanaqué en el año 2008.

## CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.

- Los factores de riesgo en gestantes con amenaza de aborto son: infección de las vías urinarias, traumatismo físico, periodo intergenésico menor de dos años y los antecedentes de tres a más abortos.
- El principal factor médico de riesgo identificado en gestantes con amenaza de aborto fue la infección de las vías urinarias (OR=17.497) ( $p>0.05$ ). Otro factor médico identificado fue el traumatismo físico (OR=3.263) ( $p>0.05$ ).
- Los factores gíneco - obstétricos de riesgo identificados en gestantes con Amenaza de Aborto, fueron: el periodo intergenésico menor un año (OR=3.066) ( $p>0.05$ ), el comprendido entre uno y dos años (OR=2.865) ( $p>0.05$ ), antecedentes de tres abortos (OR=2.286) ( $p>0.05$ ) y antecedentes da más de tres abortos (OR=2.495) ( $p>0.05$ )
- No se identificó ningún factor epidemiológico de riesgo en nuestro estudio, ya que las diferencias de probabilidades en casos y controles no son significativas.
- La edad gestacional en la que se presentó la amenaza de aborto con mayor frecuencia fue la comprendida entre las 7 y 13 semanas (49%). La mayoría de las gestantes en estudio presentaron al menos un control prenatal (39%).
- Las características clínicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron dolor y sangrado vaginal (74%). La amenaza de aborto evolucionó favorablemente en la mayoría de las gestantes en estudio, más de la mitad continuó con el embarazo (73%); en las que la gestación no progresó, el aborto incompleto fue el principal tipo de aborto (18%).

## **CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES.**

- Al Director del Hospital II – Tarapoto EsSalud, para que considere los resultados de este estudio, y así juntamente con el personal indicado buscar las soluciones más efectivas y oportunas para asegurar el bienestar materno – fetal.
- A los profesionales encargados del control prenatal y demás servicios que conforman la atención integral de la gestante, para poner mayor atención en la identificación de factores de riesgo que podrían conllevar a que se presenten complicaciones, afectando el desarrollo del embarazo y poniendo en peligro la continuidad del mismo.
- A los profesionales encargados del área de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia y otras carreras de salud, para que difundan este trabajo de investigación y así puedan tomarla como base otros estudios, porque este tema aún tiene muchas preguntas por desarrollar.

## **CAPÍTULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Wahabi, A. “Progestágeno para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo”. Revista por internet: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4, México, 2008.  
<http://www.update-software.com>
2. Peña, A. “Manual Amenaza de aborto espontáneo”. Referencias: Enciclopedia médica. Agosto, 2010.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>
3. Herrera, M. Obstetricia Práctica clínica. Capítulo 6: Aborto. Pág. 123 -127. Editorial Venecia – México 2007.
4. Vargas, F. Gestión Médica: hemorragias en el primer trimestre. Boletín informativo N° 4. Red Asistencial Rebagliati. 2008.  
<http://www.infosaludperu.com/embarazo-riesgo/datos>
5. Ruiz, Zoraida. “Aborto”. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Propuesto en internet por la OMS. GINEBRA 2003.  
[http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
6. Complicaciones del primer trimestre del embarazo: Amenaza de Aborto. Boletín Informativo N° 6. Comisión de Salud Materna. Bogotá 2008.  
<http://www.saludmaterna.com/com-sal-bog>
7. Prevención y diagnóstico de amenaza de aborto en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica. Secretaria de la salud. México 2008.  
<http://www.jcsalud.go/preydiag-anenaza/guia-praclin>



8. Aborto espontáneo. Boletín informativo N° 1. Centro de maternidad sin Riesgos. Traducido en Miami. 2007  
<http://es.mdhealthresource.com/disability-guidelines/threatened-abortion>
9. Secretaria de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín informativo N° 4. México 2009.  
<http://sexualidad.salud180.com/sexualidad/aborto-espontaneo-en-mexico>
10. Rabanal, C. El Aborto espontáneo en el Perú. Boletín informativo N° 3. Perú 2011.  
<http://perudemocrata.com/publicaciones/329/el-aborto-espontaneo>
11. Gutiérrez, B. Atención de la mujer. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.  
<http://salud.terra.es/web/mujer/especiales/muestra>.
12. Cruz, D. Salud de la Mujer. Comunicado de prensa N° 480.  
[http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos)
13. Sandoval, H. Tesis de Post Grado en la Universidad de Buenos Aires, para obtener el grado de Magister en Complicaciones obstétricas; titulada: Factores epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto. Argentina, 2010.
14. Álvarez y Farnot. Tesis de Pre Grado en la Universidad de Chile, para optar el grado de Licenciados en Obstetricia y Puericultura; titulada: Factores de riesgo demográfico y social con mayor incidencia en la amenaza de aborto. Chile, 2007.

15. Isalguei, D. Tesis de Pre Grado en la Universidad Nacional de Entre Ríos, para optar el grado de licenciado en Obstetricia; titulado: influencia de la Infección urinaria en amenaza de aborto. Argentina, 2006.
16. Gonzales, M. Tesis de Pre Grado para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la Universidad Autónoma de México, titulada: el Características clínicas determinantes de amenaza de aborto. México, 2009.
17. Peña, S. Tesis de Post Grado para obtener el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México; titulada: Amenaza de aborto en gestantes con leiomiomatosis uterina. México, 2009.
18. Moreno y Salazar. Tesis para obtener el grado de Licenciados en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; titulada: Enfermedades recurrentes con mayor frecuencia en gestantes con amenaza de aborto. Perú, 2006.
19. Manrique, L. Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; titulada: Características generales en gestantes con amenaza de aborto. Perú, 2008.
20. Ipanaqué, E. Tesis para optar el grado de Bachiller en Obstetricia, Universidad Nacional de Trujillo. Título: Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo. Perú, 2008.
21. Delgado, A. Tesis para optar el grado de Bachiller en Obstetricia, Universidad Nacional de Trujillo. Título: Infección de las Vías urinarias en gestantes del primer trimestre. Perú, 2009.

22. Rojas, M. Tesis para optar el grado de Licenciado en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Título: Factores médicos y socio epidemiológico asociados a amenaza de aborto. Perú, 2008.
23. Tincopa, J. Salud Preventiva en el Perú. Organización Preventiva de la Salud - Mortalidad Materna. Octubre 2005.  
<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9199>
24. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap y Wenstrom. "Obstetricia de Williams", 22° Edición. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A de C.V. Traducción e impresión. 2006. México.
25. El VIH y el embarazo – La prueba de detección del VIH y el embarazo. INFOSIDA – Hojas informativas.  
[http://www.infosida.nih.gov/contentfiles/EIVIHYEIEmbarazo\\_FS\\_sp.pdf](http://www.infosida.nih.gov/contentfiles/EIVIHYEIEmbarazo_FS_sp.pdf)
26. Papiloma virus y el embarazo. Hojas informativas.  
<http://www.hpv-test.es/about-hpv/reproductive-health-faqs/>
27. Pérez y Donoso. "Obstetricia". 3° Edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago de Chile, 1999.
28. Mongrut, A. "Tratado de Obstetricia normal y patológica". 4° Edición. Perú, 2000.
29. Infección urinaria puede causar amenaza de aborto. Revista diaria por internet Notimex El Universal – Jalisco, México, Mayo 2010.  
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/678388.html>

30. Schwarcz, Fescina y Duverges. "Obstetricia". 6° Edición. Editores: El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 2005.
31. Parma R. Hipertiroidismo en el embarazo. Artículo de revisión N° 16: 38-41. Perú, 2007.
- [http://www.diariosalud.net/index.php?option=com\\_content&task](http://www.diariosalud.net/index.php?option=com_content&task)
32. Guía de recomendaciones para el personal de salud: embarazo, maternidad y tabaco. Programa nacional de control de tabaco. Ministerio de salud. Argentina, 2011.
- [http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco11/pdf/guia-rapida-tabaco-embarazo](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco11/pdf/guia-rapida-tabaco-embarazo)
33. Osorno, L. Factores maternos relacionados con amenaza de aborto. Ginecología Obstétrica, 526-36. México, 2008.
34. Diccionario Médico Dorland. 27° Edición. Editorial McGraw Hill – Interamericana de España, S.A.U. Madrid, España, 2006.

## **ANEXOS**

### **“FACTOR DE MAYOR RIESGO EN GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II – TARAPOTO ESSALUD PERIODO ENERO - AGOSTO 2012.”**

#### **FICHA DE RECOJO DE INFORMACIÓN**

##### **I. DATOS GENERALES:**

**1.1. Nombre:**

**1.2. N° Historia Clínica:**

##### **II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.**

**2.1. Edad:**

a) < 20 a. (1)

b) 20 – 35 a.

c) > 35 a

**2.2. Estado Civil:**

1) Soltera

3) Conviviente

2) Casada

4) Otros

**2.3. Grado de instrucción:**

1) Illetrada

5) Secundaria incompleta

2) Primaria incompleta

6) Superior no universitaria

3) Primaria completa

7) Superior universitaria

4) Secundaria incompleta

**2.4. Ocupación:**

1) Ama de casa

4) Estudiante

2) Obrera

5) Otros

3) Docente

**2.5. Zona de residencia:**

1) Urbano

3) Rural

2) Urbano marginal

### III. FACTORES MÉDICOS.

#### 3.1. Infección de las vías urinarias:

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 0) No presenta | 1) Presenta |
|----------------|-------------|

#### 3.2. Anormalidades Endocrinas:

- |                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| 0) No presenta     | 3) Diabetes                    |
| 1) Hipotiroidismo  | 4) Deficiencia de progesterona |
| 2) Hipertiroidismo |                                |

#### 3.3. Estado Nutricional:

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| 1) Adecuado     | 3) Obesidad |
| 2) Desnutrición | 4) Anemia   |

#### 3.4. Traumatismo físico:

- |       |       |
|-------|-------|
| 0) No | 1) Si |
|-------|-------|

### IV. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS.

#### 4.1. Gestaciones:

- |          |         |
|----------|---------|
| 1) G1    | 3) > G5 |
| 2) G2-G5 |         |

#### 4.2. Periodo intergenésico:

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1) <1a    | 3) 3 – 5a |
| 2) 1 – 2a | 4) >5a    |

#### 4.3. Defectos Uterinos:

- |                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 0) No presenta | 2) Incompetencia cervical |
| 1) Miomatosis  | 3) Otros                  |

#### 4.4. Cirugías ginecológicas previas:

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 0) No presenta     | 4) Otros                 |
| 1) Cesárea         | 5) Cesárea + LU          |
| 2) Miomectomía     | 6) Cesárea + Miomectomía |
| 3) Legrado uterino |                          |

**4.5. Hiperémesis gravídica:**

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 0) No presenta | 1) Presenta |
|----------------|-------------|

**4.6. Número de abortos:**

- |      |             |
|------|-------------|
| 0) 0 | 3) 3        |
| 1) 1 | 4) Más de 3 |
| 2) 2 |             |

**V. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO.**

**5.1. Edad gestacional:**

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1) <7 sem     | 3) >13 sem |
| 2) 7 – 13 sem |            |

**5.2. N° de controles Prenatales:**

- |            |              |
|------------|--------------|
| 0) Ninguno | 3) 3         |
| 1) 1       | 4) Más de 3. |
| 2) 2       |              |

**VI. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

**6.1. Presencia de sangrado vaginal:**

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 0) No presenta | 1) Presenta |
|----------------|-------------|

**6.2. Presencia de dolor:**

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 0) No presenta | 1) Presenta |
|----------------|-------------|

**VII. EVOLUCIÓN DE LA AMENAZA DE ABORTO.**

**7.1. Continúa la gestación:**

- |       |                      |
|-------|----------------------|
| 1) Si | 2) Termina en aborto |
|-------|----------------------|

**7.2. Tipo de aborto:**

- 1) No aplica
- 2) Huevo anembrionario
- 3) Aborto incompleto
- 4) Aborto inevitable
- 5) Otros Tipos de Abortos